



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2015/2016 – 4º Ano

Autor: Deisilene Gonçalves Évora nº 2803

Mindelo, Julho de 2016

Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

**Contributos de enfermagem na prestação de cuidados ao utente
em fase terminal no serviço de Medicina**

Discente: Deisilene Gonçalves Évora

Orientador: Enf^o. Nivaldo Castro

Mindelo, Julho de 2016

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todos que de uma forma direta ou indiretamente me ajudaram ao longo do curso, proporcionando conforto, tranquilidade e principalmente coragem par insistir e continuar a lutar.

Agradecimento

Em primeiro lugar a Deus por toda a força e coragem.

Neste processo de investigação e desenvolvimento acadêmico, profissional foram muitos que me ajudaram e ampararam nos momentos difíceis, angustiantes, deprimentes, e de desânimo, no entanto, gostaria de destacar a minha família, a família que me acolheu nesses últimos meses com muita tolerância paciência e conforto durante todo esse processo, ao meu companheiro pela paciência, tolerância e apoio, a minha irmã Ineida por todo o apoio nos últimos meses acadêmicos.

Não posso deixar de agradecer a todos os professores e principalmente ao meu orientador Enfermeiro Nivaldo Castro, pelo apoio incondicional, esclarecendo todas as dúvidas desde o projeto até o trabalho final em si.

Ainda agradeço a todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo com toda a dedicação e boa vontade.

Agradeço também a todos os enfermeiros do serviço de Medicina pelos momentos que vivenciamos em grupo, proporcionando animo e coragem necessária para levar a um bom termo do estudo.

A todos um, muito, muito **OBRIGADA!**

EPÍGRAFE

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus não somos o que eramos... ”.

Martin Luther King

Resumo

Com a transição epidemiológica vivenciada em Cabo Verde (CV), relacionada com a aquisição de novos modos e hábitos de vida nomeadamente alimentação desequilibrada e o sedentarismo vêm-se constatando um aumento da incidência de pessoas a falecerem após longos anos de sofrimento provocado por uma doença crónica degenerativa.

Dessa reflexão surge o presente trabalho que tem como finalidade Identificar a contribuição de enfermagem na prestação dos cuidados ao utente em fase terminal no serviço de medicina. Para melhor compreender os objetivos do trabalho em curso optou-se por um estudo de uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratório utilizando como método de colheita de dados uma entrevista estruturada, do qual participaram sete (7) enfermeiros do serviço de Medicina.

Constatou-se que, no contexto hospitalar, perante o utente em fase terminal o enfermeiro tem uma função primordial, na medida em que o profissional de saúde é que está mais próximo do utente, e tem mais possibilidades de dar apoio emocional, físico e psicológico a pessoa nessa fase difícil da sua vida, e ainda é ele que funciona como elo de ligação entre o utente, família e a equipa multidisciplinar. A Enfermagem tem em sua essência o cuidar, e quando falamos do cuidar de uma pessoa em fim de vida esse cuidar ganha uma importância significativa e individual.

A pesquisa realizada enfatizou que o cuidar do utente em fase terminal terá sempre por base garantir melhor qualidade dos últimos momentos de vida do utente, e permitir-lhe uma morte digna, e é nesse contexto que o cuidar de um utente em fase terminal é denominado de cuidados paliativos, uma vez que este não tem como objetivo a cura mas sim o cuidar do utente de forma holística e na sua individualidade.

Palavra-chave: utente em fase terminal; contributos de enfermagem; família;

Abstract

With the epidemiological transition experienced in Cape Verde (CV), related to the acquisition of new modes and lifestyles including poor diet and a sedentary lifestyle have come up finding an increased incidence of people passing away after long years of suffering caused by chronic degenerative diseases.

From this reflection this work arises with aims to identify the nursing contribution in the provision of care to the patient in terminal phase in the medical service. To better understand the ongoing work's goals we opted for a study of a qualitative, descriptive and exploratory approach using as a data collection method a structured interview, which was attended by seven (7) Medical Service nurses.

It was found that in the hospital, for the user terminal phase the nurse has an important key role, in that it is the health professional who is closest to the user, and is more likely to provide emotional, physical and psychological support to the person in this difficult phase of his life, and is the health professional that still running as a link between the patient, family and the multidisciplinary team. Nursing has in its essence caring, and when we speak of caring for a person in end of his life, that care gains a significant and individual importance.

The survey emphasized that the care of the user terminal phase will always be based on ensuring better quality of the last moments of life of the user, and allow him a dignified death, and it is in this context that the care for a client in the terminal phase is called palliative care, since the aim is not intended to cure but to look of the wearer holistically and in their individuality.

Keyword: user in terminal phase; nursing contributions; family;

LISTA DE SIGLAS

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos;

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de enfermagem;

CP - Cuidados Paliativos;

CV - Cabo Verde;

HBS - Hospital Batista de Sousa;

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos;

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário;

TCC - Trabalho de conclusão de curso;

UT - Utente Terminal.

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA.....	13
CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL.....	17
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1.1 - Utente Oncológico.....	18
1.2 - Utente terminal (UT).....	19
1.2.1 - A família do utente terminal/ prestar apoio.....	20
1.2.2 - Os medos mais frequentes do Utente Terminal.....	21
1.2.3 - As necessidades do Utente Terminal.....	22
1.3 - Cuidados paliativos / utente terminal	24
1.3.1 - Níveis de diferenciação dos Cuidados Paliativos	26
1.4 - Fases da morte e do morrer	28
1.5 – Alguns direitos dos utentes em fase terminal	31
1.5.1 - Comunicação com o utente em fase terminal.....	32
1.6 - Enfermagem e o cuidar.....	33
1.6.1- Controlo de sintomas.....	36
1.6.2 - Intervenções de enfermagem ao utente em fase terminal e a Família	38
1.6.3 - Limitações e dificuldade dos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente em fase terminal.....	42
1.6.4 - Experiências/sentimentos e emoções por que vivem os enfermeiros	42
CAPITULO II- FASE METODOLOGICA DA PESQUISA.....	44
2. METODOLOGIA DE PESQUISA	45
CAPITULO III- FASE EMPIRICA	51
3. ANALISE DOS RESULTADOS	52
3.1. Apresentação dos dados da entrevista	52
3.2 - Conclusão dos resultados	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
Anexo I - Autorização do Hospital para Realização do Estudo	72
Apêndice I - Guião de Entrevista.....	74
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75

Índice de quadros

Quadro I - Dados Sobre as Amostras.....	53
Quadro II - Os Cuidados Aplicados Baseadas nas Experiencias Vividas.....	56
Quadro III - Em Relação as Limitações/ Dificuldades encontradas na Aplicação dos Cuidados.....	56-57
Quadro IV- Ações de Enfermagem.....	58
Quadro V- Perfil do enfermeiro que cuida do utente em fase terminal.....	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação foi realizado no âmbito do trabalho de conclusão de curso de licenciatura em enfermagem (TCC), promovendo os alicerces necessários para a construção de uma postura ideal perante esta problemática, e também para cumprir o requisito de obter o grau de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo.

Escolheu-se como tema da monografia **“Contributos de enfermagem na prestação de cuidados ao utente em fase terminal no serviço de Medicina”**, por tratar-se de um tema muito interessante e pouco explorado, também que desperta interesse não só aos profissionais de saúde para uma melhor implementação de cuidados com também aos familiares e os próprios utentes que requerem um cuidar humanizado e com uma morte dignificada.

A enfermagem, a família e os demais equipas de saúde têm um papel fundamental em proporcionar todas as condições necessárias que permitem aos utentes em fase terminal uma morte digna com todos os direitos e necessidades satisfeitas.

Assim, pode-se dizer que, o cuidado ao utente em fim de vida exige uma equipa de saúde, principalmente dos enfermeiros, onde estes possam prestar os devidos cuidados que se dirijam para as necessidades não só físicas, mas também, holísticas.

A temática em estudo é pertinente uma vez que contribui para aprimorar o conhecimento acerca do tema dando assim a sociedade em geral e as classes de saúde a oportunidade de ver que ainda há muita coisa que necessitam ser aprimorados em termos de cuidados ao utente na fase terminal principalmente a quão dos que não possui familiares por perto para apoiá-los nesse momento de muitos exaustão, sofrimento e tristeza ou seja na satisfação das necessidades básicas para uma morte digna.

O facto de implementação de cuidados ao utente terminal vê-se que vem se escasseando um pouco do controlo dos profissionais de saúde, onde depara-se que as dificuldades na prestação destes cuidados, ou no seu planeamento muitas vezes prendem-se ao facto de que, nem sempre se consegue abordar adequadamente o utente/família sobre a real situação que experienciam, acabando por criar uma certa barreira entre utente e enfermeiros com os seus contributos a serem aplicados.

Logo, é de grande importância frisar que a relação que predomina entre os utentes terminais, os enfermeiros e os familiares do utente é uma experiência única e subjetiva, abrangendo sentimentos tais como: medos, angústias, inseguranças e revoltas que estão intimamente ligados, ou seja, relacionados com as características dos envolvidos.

Para o estudo da temática aptou-se por um estudo qualitativo, descritivo de carácter fenomenológica, sendo que o método de recolha de dados foi a entrevista estruturada recorrendo a um guião de entrevista. Tendo que a pesquisa foi realizada no Hospital Baptista de Sousa (HBS), serviço de medicina. Sendo a amostra constituído por sete (7) enfermeiros que trabalham neste serviço.

O presente trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos, no primeiro capítulo ou fase conceptual, define-se o tema e delimita-se o problema, a questão de investigação, definem-se os objetivos do estudo e faz-se a fundamentação teórica.

No segundo capítulo encontra-se descrito toda a trajetória metodológica, compreendendo a explicação do tipo de pesquisa e a abordagem que foi empregue nesta investigação, os instrumentos de recolha de dados, campo empírico, população alvo e aspetos éticos e legais.

No terceiro capítulo, ou fase empírica faz-se a caracterização da amostra e apresenta-se, analisa-se e discute-se os resultados obtidos, apresenta-se a nota conclusiva, referências bibliográficas e os anexos.

O trabalho foi realizado baseada na compilação de Albertino da Graça “ Guia para investigar e redigir”.

PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

O predomínio das doenças não transmissíveis tem vindo a ganhar destaque em todas as unidades hospitalares, tendo um aumento visível não só em termos mundial como a nível de Cabo Verde (CV).

Há alguns anos atrás em CV as principais causas de morte eram as doenças infetocontagiosas, hoje pode-se observar que as doenças não transmissíveis tais como (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e cancro) tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infeto-contagiosas, constatando-se uma tendência crescente de doenças crónicas e degenerativas o que representa novos desafios para o serviço nacional de saúde (Ministério de saúde de cabo verde, 2010).

Nesta perspetiva dados do (relatório estatístico de saúde de 2010), demonstram que em CV as doenças crónicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias), semelhança de países desenvolvidos, foram responsáveis por mais de um terço de todas as mortes ocorridas no país. Por outro lado as doenças infecciosas ocupam o 5º lugar. Contudo, nos últimos anos houve um declínio da taxa de mortalidade geral (5,6 óbitos em 1000 habitantes em 2000 e 4,8 em 2010), da mortalidade infantil (26,2 óbitos infantis/ 1000 nascidos vivos em 2000 e 20,1 em 2009), e um aumento da esperança de vida a nascença (67 anos em 1990 e 71 em 2008), mostrando a semelhança com a evolução mundial.

Mas em CV segundo o Ministério da Saúde (2015), o cancro é a principal causa de morte, visto que, tornou-se num problema de saúde pública que tem tido uma incidência crescente no país como aliás se verifica em praticamente todas as regiões do Mundo. A necessidade de criação de um programa de abordagem integrada do cancro como uma tentativa de analisar e organizar o problema há muito que se faz sentir e foi comentado com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde.

A incidência das doenças em CV acompanha a tendência mundial caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento populacional. Esta incidência das doenças crónicas não transmissíveis também é influenciada pela adoção de estilos de vida não saudáveis, pela urbanização desgovernada e pelos novos padrões de consumo (Semedo, 2010).

Logo, o aumento dessas doenças oncológicas principalmente em fase terminal leva o ministério de saúde a um novo desafio em implementar novos sistemas capazes de minimizar o seu impacto nas sociedades e na melhoria da qualidade de vida dos utentes possuidoras dessas doenças cujo os remete a finitude da vida.

Estas doenças acarretam sérias consequências económicas e sócias em todas as regiões, ameaçando os recursos da saúde, e á sua permanência, demandam um certo nível de cuidados diferenciados, implicando com isso mudanças e inovações na área de saúde. Essa inovação basearia em aplicar aos utentes com doença oncológica em fase terminal os cuidados paliativos, e sendo assim Magalhães (2009, pág. 79), refere que "estes postulam uma nova forma de atendimento e acompanhamento no último período de vida dos doentes com doença crónica degenerativa, como é o caso das doenças oncológicas"

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016, podem-se identificar alguns pontos fracos relacionados com a abordagem do cancro no país nomeadamente: "dificuldades financeiras para fazer face às necessidades; insuficiência dos meios de diagnóstico e de tratamento; insuficiência de profissionais de saúde e de equipa multidisciplinar; insuficiência de meios adequados de drenagem para os produtos de quimioterapia (resíduos) e ausência de um sistema de registro nacional de Cancro".

Sendo o cancro uma das doenças que pode vir a ter uma fase terminal, esses dados estatísticos, nos remete a importância de estudo para melhorias tanto no aprendizado como na forma como direccionar os cuidados. Os desafios são muitos e urge estabelecer um programa estruturado e eficaz que possa encarar o problema de frente e inverter a tendência.

Nesta perspetiva e tendo em conta o aumento da incidência das doenças crónicas degenerativas em CV, nomeadamente o cancro, surge a necessidade de investigar sobre a temática dos cuidados necessários e indispensáveis aos utentes terminais com o intuito de melhorar e aumentar o leque de conhecimento sobre o assunto em estudo.

A escolha da temática desta investigação vai de encontro quer ao interesse pessoal, sendo que, está curiosidade foi despertada durante o decorrer dos ensinios clínicos não só devido as expetativas para a prática deste tema, mas também as experiências vivenciadas durante os mesmos aumentando assim o interesse sobre a mesma.

Outro aspeto não menos importante que de uma forma direta reforçou esta escolha e que irá ter um papel importante no desenrolar deste estudo é a vontade de aumentar os

conhecimentos sobre à mesma para que, como futuro profissional de saúde consiga dar o meu contributo para melhor a qualidade de vida do utente terminal.

A enfermagem não deve apenas se limitar na implementação dos cuidados e na atenção necessários aos utentes na fase terminal sem antes ter uma preparação essencial em cuidados com qualidade, e esses cuidados são nada mais nada menos que cuidados paliativos, e perante a implementação desses cuidados o enfermeiro tem um papel primordial.

Magalhães (2009, p.99) defende que,

“considerar que a enfermagem em cuidados paliativos poderá ser vista como pouco mais que uma atenção aos pormenores básicos minimiza a complexidade do trabalho de enfermagem e subestima a competência técnica necessária a prestação de cuidados de qualidade, uma competência resultante da combinação do conhecimento da doença, do saber clínico e da compaixão humana”.

Assim sendo, a realização desse trabalho é de extrema importância para demonstrar que enfermagem é uma peça chave importante na vida de um utente em fase terminal, mas que para isso tem de haver preparações a vários níveis, tanto pessoal como profissional e que as suas contribuições são vastas e importantes.

Ainda Magalhães (2009, p.99) afirma que,

“acreditar que o trabalho de enfermagem em cuidados paliativos resulta de algo natural que todas as pessoas, com um pouco de humanidade, podem fazer, em vez de ser o resultado de um percurso de aprendizagem, é claramente contraditório com a perceção que os enfermeiros poderão ter do seu trabalho, um trabalho árduo e com uma prática tecnicamente competente”.

E com isso posso dizer que este trabalho serve como um ponto de partida para assim entender os reais papéis ou contribuições que os enfermeiros podem oferecer para o bem-estar ou pelo menos minimizar o sofrimento dos últimos dias da vida de um utente em fase terminal, demonstrar que nível de capacitação é necessário para isso, e em ponto encontra a capacitação dos enfermeiros para melhor prestarem os cuidados a estes utentes.

Objetivos

Os objetivos do estudo permitem transmitir o que o autor tenciona fazer: sendo assim, “o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue”. (Fortin 2009, p.160).

Objetivo geral:

- Identificar a contribuição de enfermagem na prestação dos cuidados ao utente em fase terminal no serviço de medicina.

Objetivos específicos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina acerca do utente em fase terminal;
- Identificar as práticas que os enfermeiros desenvolvem na prestação dos cuidados no serviço de medicina ao utente em fase terminal;
- Descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente em fase terminal no serviço de medicina;

CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual refere-se a um processo de ordenação, formulação e documentação de ideias acerca de um determinado assunto. Assim conseguiu-se obter uma conceção organizada do objeto de estudo. Segundo Fortin (2009, p.49), a fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. Neste capítulo pretende-se fazer uma abordagem do percurso das conceções sobre a pessoa em fase terminal, e os seus devidos cuidados prestados até os últimos momentos de vida.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica passa por definir alguns conceitos de forma a clarificar a problemática em estudo. Neste capítulo pretende-se abordar de uma forma mais aprofundada alguns dos conceitos importantes acerca do tema e os principais aspetos que de uma maneira ou de outra podem dignificar a morte de uma pessoa em fim de vida.

1.1 - Utente Oncológico

Todos os estudos ou revisão da literatura realizada remete-nos a noção de que o Utente terminal (UT), nem sempre é um utente oncológico, falar de um utente oncológico é falar de uma pessoa que sofre de uma doença que designa de cancro ou alguma neoplasia, estando numa fase avançada ou não.

Segundo Field citado por Magalhães (2009, p.57) refere que,

“ao pensar na morte, existe uma tendência dominante para se olhar para o cancro como a metáfora da morte nas sociedades ocidentais modernas. E que as mortes decorrentes de doença oncológica e VIH/ Sida correspondem habitualmente a situações em que a pessoa em fim de vida tem maior probabilidade de ter conhecimento de que vai morrer”.

Na perspetiva de Magalhães (2009, p.57), a doença oncológica é talvez a mais temida pelo homem, induz na pessoa uma grande carga emocional, relacionado com sofrimento, medo, angustia, dor e por fim morte, e essa carga emocional não afeta apenas o utente com o diagnóstico mas a todos os familiares e pessoas amigas próximas acabando por tornar-se num fator desencadeante de ansiedade e *stress*, para ambas as partes envolvidas nessa experiência.

Nesta ótica Soares (2011, p.19) complementa afirmando que para “uma melhor compreensão das exigências associadas ao papel de cuidador implica o conhecimento do impacto físico, psicológico, social e espiritual no utente, assim como, dos constrangimentos e alterações no seu nível funcional”. Continua referindo que naturalmente o significado do diagnóstico e as reações psicológicas associados dependerão das características da doença e da forma como este reage em situação de crise.

Assim, o modo de reagir face ao diagnóstico vão ser importantes aspetos relacionados com a doença (tipo de doença, estágio, sintomas, tipo de tratamento...), com o individuo (idade, experiências e modos de reagir prévios, crenças e valores, nomeadamente religiosos) e com o contexto sociocultural (Marques, 1991 citado por soares 2011).

O diagnóstico de uma doença incurável na vida de um individuo e família, nomeadamente desfaz certos planos futuros por incertezas, sentimento de expetativas que não podem ser alimentadas, levando-os por fim a um sentimento de desamparo e frustração abarcando não só o utente como a família e com eles os profissionais, que acabam por ser interpretada por seus olhos como um porto seguro.

1.2 - Utente terminal (UT)

A compreensão da real definição ou de quem é o UT, é um pormenor muito importante para melhor compreender o trabalho a que se pretende realizar, muitos aspetos serão mencionadas mas uma das mais importantes é entender quem é o UT no seu todo. Sendo que é de extrema importância realçar desde já que o UT pode abarcar tantos utentes de forros oncológicos ou não.

A designação UT é a atribuída a uma pessoa que, por circunstâncias da vida, adquiriu uma doença cujo desenlace final é a morte (Frias, 2003, p.60).

Pode-se dizer que o UT é aquele para o qual se esgotam a possibilidade de cura da sua doença e aumenta a progressividade mais rápida da sua morte, de acordo com Abiven (2001, p.59) “ tornar a cargo de um utente no fim de vida é, antes de mais, aceitar que não haja mais qualquer projeto curativo para ele”.

Já Alves (2012, p.18) suscita que, “ a fase terminal da vida imprime no utente e nas pessoas que com ele convivem, um grande impacto psicológico e emocional, a proximidade

da morte é algo real, torna-se geradora de sentimentos de angústia, pesar e falta de perspectiva de vida”.

Contudo, Soares (2011, p.20) define UT como sendo, aquele que num contexto de incurabilidade a realidade natural a viver é a fase antes da morte, ou seja, é aquele para o qual se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo da sua doença progredindo de forma mais ou menos rápida para a morte.

Baseando nisso, Báron e Féliu (1996), citado em Frias (2003, p.60), dizem que os critérios que definem a pessoa em fim de vida são:

- Doença de causa evolutiva;
- Estado geral grave;
- Perspetiva de vida não superior a dois meses;
- Insuficiência de órgãos;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos;
- Ausência de tratamentos alternativos úteis para a cura ou sobrevivência;
- Complicações finais irreversíveis;

Assim, Segundo Frias (2003, p.61) a pessoa em fim de vida percebe a sua situação, pois está iminente um conforto com uma realidade muito próxima.

Logo, quando a pessoa que cuida de um utente em fase terminal, deve ter a noção de que, a morte é uma questão inevitável e que lidar com esses utentes é um desafio imposto a ele com o propósito de proporcionar-lhe sentimentos de conforto e segurança, como alívio do sofrimento nos seus últimos momentos de vida.

1.2.1 - A família do utente terminal/ prestar apoio

A família é muito importante ao utente em fase terminal uma vez que, dela provem a força, coragem, vontade de lutar ou seja o maior apoio de uma forma holística dignificando assim a morte do mesmo.

Segundo Moreira (2006, p.27) “este problema não se coloca apenas aos doentes, mas também as suas famílias, pessoas significativas e pessoas empenhadas no seu tratamento ”.

Quando um membro de uma família é afetado por uma doença, principalmente uma que o leva a uma fase terminal, altera toda a estrutura da família, afetando todos os membros

da mesma, alterando a sua dinâmica, e baseando nisso Neto (2010, p.35), “a família também sofrerá, com o choque do diagnóstico de doença incurável e o confronto com a finitude da vida vai alterar a sua dinâmica”.

O mesmo autor (1998, p.68) continua dizendo que, “para a família o facto de poder ter uma tarefa concreta em relação ao cuidado do doente é um elemento que diminui o impacto criado pela globalidade da situação”.

O facto de o enfermeiro ser o elemento chave da equipa multidisciplinar e estar mais presente com o utente seja ela qualquer que seja as circunstâncias que se encontra, passa então a ser um elemento de confiança, de extremo apoio e principalmente um suporte de todas as atenções deles.

Nesse sentido Neto (2004, p.33), defende que “o apoio a família implica detetar os seus problemas, as suas necessidades, mobilizando também as suas mais-valias e ajudando-o a lidar com as perdas, antes e depois da morte do doente”. Ainda a mesma autora continua dizendo que,

“apoiar a família pressupõe, para os profissionais, adotar uma atitude pró-ativa de forma a avaliar sistematicamente as suas necessidades - que frequentemente são distintas das do doente. A família necessita de ver validados os cuidados que presta por parte dos profissionais e também de ter a consciência de que tudo o que é fundamental para o bem-estar do seu ente querido está a ser feito”.

A união entre o utente, a família e a equipe multidisciplinar principalmente enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados ao utente nessa fase proporcionando-o a tal morte digna ou seja desejada, sem um grande sofrimento ou seja com um sofrimento suportável.

1.2.2 - Os medos mais frequentes do Utente Terminal

Como podemos ver, há uma interligação entre os sofrimentos e os medos, e um dos medos mais presentes nos poucos dias ou horas de vida do utente terminal é do próprio sofrimento.

Neste sentido Frias (2003, p.62), recorda sobre o medo e o sofrimento destacando que “o medo da dor e do sofrimento como sendo o maior temor das pessoas em fim de vida, verificando-se que o medo do sofrimento é comum a muitos deles”.

Colaborando com esta mesma ideia Hennezel (1997, p.61) diz que, os grandes medos que os utentes em fase terminal manifestam são:

“a dor física não só antes de morrer, como também no momento da morte, da solidão e do abandono. Deste modo os tratamentos paliativos devem ser empenhados prioritariamente em aliviar a dor física e garantir uma presença junto da pessoa que está a morrer, mas também para além desses dois medos essas pessoas têm o medo da separação daquelas pessoas queridas e que lhes amam muito”.

Ainda Hennezel (1997, p.61) enumera outros medos como o de “perder o controlo das coisas, de ficar dependente, de perder a autonomia, de estar à mercê dos outros, morrer é perder tudo isso e, para alguns, o que deixam de poder viver é muito mais temível do que a própria morte, a degradação física e talvez a mental”.

Nesta mesma lógica, Neto (2004, p.27) identifica outros medos:

- Angústia face ao futuro e à incerteza;
- Manutenção da autonomia funcional;
- Manutenção da degradação física e, talvez, mental e participação nas tomadas de decisão;
- Manutenção da acuidade cognitiva.

Assim, as pessoas na fase terminal para além de possuírem medos, também possuem necessidades que se não forem satisfeitas no seu total ou de forma adequada leva-o a uma evolução da doença de forma negativa.

1.2.3 - As necessidades do Utente Terminal

Como já tinha referido antes a vida de um UT não é fácil, rodeada de dor, angustia, sofrimento e também necessidades. Essas necessidades podem ser satisfeitas pela união da equipe de saúde, desde os assistentes de serviço geral, enfermeiros, médicos e principalmente o acompanhamento familiar proporcionando a eles o maior conforto possível.

O enfermeiro e a família do utente têm um papel extremamente importante na satisfação dessas necessidades proporcionando ao mesmo uma morte digna e satisfeita ou seja uma boa morte. Para isso o enfermeiro tem de estar altamente capacitado e preparado emocionalmente como psicologicamente.

Quando o UT se encontra prestes a morrer, temos que ter em conta que este possui necessidades para que possa morrer com dignidade. Assim, Pacheco (2002, p.26) afirma que,

“as necessidades de ordem física relacionam-se com a presença da patologia específica e, de modo geral, manifestam-se com maior intensidade à medida que a doença progride e com a falência dos mecanismos de defesa. Estando habitualmente presente, é necessário e imperioso o alívio da dor. São frequentes problemas adicionais relacionados com a higiene, a nutrição e a mobilização”.

Com tudo isto, Gomes (2010, p.4) enfatiza que as necessidades físicas do utente em fim de vida são similares às de qualquer utente seriamente enfermo, em geral é uma progressiva falência dos diversos sistemas, a medida que se torna mais fraco.

Quanto as necessidades espirituais, Pacheco (2002, p.27) acrescenta que, são frequentes as dúvidas relacionadas com o sentido da vida e da morte, pelo que, é comum as pessoas encontrarem na religião força para enfrentar a morte, como última etapa da vida.

Com todas as necessidades por serem satisfeitas, Gomes (2010, p.4) afirma que a principal necessidade da pessoa em fim de vida é morrer com dignidade. Para garantir o morrer com dignidade é necessário cuidar da pessoa na sua totalidade ou seja como todo.

Na mesma ordem de ideias Frias (2003, p.59), realça que,

“à medida que se vislumbra a finitude de pessoa, as suas necessidades físicas vão-se tornando cada vez mais angustiantes, assim ela deixa de responder o tratamento e as necessidades físicas estão mais relacionadas com a doença, manifestando com mais intensidade a medida que a sua doença se agrava. Para além dessas necessidades, a pessoa em fim de vida confronta com as necessidades de ordem espirituais, necessidade de informações, necessidade de apoio de outras pessoas, necessidades de carinho, afeto, segurança e desconforto”.

Neste sentido, o cuidado prestado ao UT como anteriormente referido se denomina de CP, e a seguir pode-se entender um pouco mais sobre esse conceito que é tão importante para o bem-estar do UT.

1.3 - Cuidados paliativos / utente terminal

Como nos refere Collière (1999, p.27), desde que surge a vida, que existe cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo como fim, permitir a vida continuar, desenvolver-se e assim lutar contra a morte.

Segundo Neto (2004, p.18), “a origem da palavra paliativa é frequentemente associado ao verbo *palliare* e que significa manto ou capa (proteção) sendo a partir dessa noção que os CP modernos se identificam”.

Como refere Magalhães (2009), a primeira instituição para os utentes em fim de vida foi fundada por um francês de nome Davidson, em 1885 na Inglaterra, onde segundo ele este era “um lugar de paz para os que estão no fim da vida”.

O primeiro *hospício* para moribundos ou seja utentes em fase terminal no séc. XIX foi inaugurado em 1930 na Austrália, mas o termo hospício enquanto espaço apenas para os moribundos, foi utilizado pela primeira vez em França quando Mme Jeane Ganier abriu o primeiro de diversos hospícios (Magalhães, 2009).

Os hospícios do final do séc. XIX possuíam características em comum uma vez que combinavam preocupações de ordem religiosas, morais e médicas, só no séc. XX nos anos de 50 foram consideradas instituições de cuidados diferenciados devido as mudanças verificadas nos conhecimentos médicos acerca do processo de morrer (Magalhães, 2009).

Em CV (São Vicente), temos a Liga Cabo-verdiana na luta Contra o cancro, que é uma associação situada a frente do HBS, possui como membros médicos e enfermeiros que prestam suas atividades voluntariamente, segundo uma conversa com um dos membros dessa associação, narra que a liga possui protocolos com o mesmo hospital mas, que este não são colocada em prática e que o papel desta associação ou liga neste momento baseia-se na prevenção, despistes e sensibilização, que são frequentemente feitas em diversas zonas da ilha.

Segundo a APCP (2006) os CP definem-se como:

“uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”.

Sendo assim a OMS (2002), define CP como, uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento rigorosos da dor e outros sintomas, suporte psicossocial e espiritual onde por sua vez tem por objetivos:

- Proporcionam alívio da dor e outros sintomas;
- Assumem a vida e encaram a morte como um processo normal;
- Não pretende acelerar nem prolongar esse processo;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Oferecem um sistema de suporte para auxiliar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte ocorrer;
- Oferecem ainda um sistema de suporte para a família lidar com o trajeto da doença e o seu próprio processo de luto;
- Utilizam uma abordagem de trabalho de equipa para darem resposta as necessidades dos doentes e suas famílias incluindo o apoio no luto, se necessário;
- Melhoram a qualidade de podendo influenciar positivamente o curso da doença;
- Pode ser aplicado precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou radioterapia, e inclui a investigação necessária para melhor compreender e controlar complicações clínicas.

Sendo assim contribuindo com essa ideia Abiven (2001, p.18) diz que, “ os cuidados paliativos propõem tomar conta do doente para o qual o “cure” não é possível mas para os quais a compreensão o “cure” torna-se uma necessidade”.

Magalhães (2009, p.77) ainda comenta que “os CP é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor”.

Ainda, segundo Magalhães (2009), os cuidados de enfermagem prestados as pessoas não só em fim de vida mas todos os que precisam devem dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais, se necessário, prolongam-se no acompanhamento do luto da família.

Nesta ótica Neto (2004, p.15) salienta alguns aspetos importantes para melhor compreender os CP definidos pela OMS:

- Os CP afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provoca-la ou atrasa-la através da eutanásia ou de uma “obstinação terapêutica desadequada”.
- Os CP promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária a formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem física, psicológica, social e espiritual;
- Os CP são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença qualquer que ela seja quando outras terapêuticas cuja finalidade é prolongar a vida estão a ser utilizadas;
- Os CP pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo;
- Os CP prestados as pessoas em fim de vida são fundamentais para que o doente sente-se tranquilo e confiante perante os prestadores de cuidados.

Nesta perspetiva Neto (2004, p.46) refere que, os CP porfiando a abordagem integral do doente (aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais), incorporando a família no seu estudo e estratégia, promovendo o princípio de autonomia e dignidade da pessoa doente e remetendo para um cuidado personalizado e continuado, poderão instaurar-se como um recomeço de uma renovada forma de entender e praticar a medicina.

1.3.1 - Níveis de diferenciação dos Cuidados Paliativos

A enfermagem é uma profissão que se baseia no cuidar, cuidar de pessoas em seu todo de forma a promover o melhor conforto possível mesmo que estes se encontrem em fim de vida, e os cuidados paliativos são os que de mais adequam nessa promoção.

Segundo o Programa Nacional de cuidados paliativos (PNCP) (2008-2010), “ os cuidados paliativos devem ser planeados em função dos seguintes níveis de diferenciação”.

Mas não se pode entrar nos níveis de diferenciação sem antes falar da ação paliativa que segundo PNCP, representa o nível básico de palição e corresponde genericamente a prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas;

✓ **Nível I de CP**

- São cuidados paliativos individualizados, organizados e planificados;
- São prestados por equipas multidisciplinares básicas, com formação diferenciada em cuidados paliativos, que podem prestar diretamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;
- Estruturam-se habitualmente como equipas de suporte em cuidados paliativos;
- Podem ser prestados a doentes internados, ambulatoriais ou no domicílio, que necessitam de cuidados paliativos diferenciados.

✓ **Nível II de CP**

- São diferenciados, organizados e planificados que garantem a prestação direta e/ou apoio efetivo nas 24 horas;
- Requerem a prestação direta dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de atividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em cuidados paliativos e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em cuidados paliativos;
- Habitualmente, são prestados através de unidades de cuidados paliativos, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

✓ **Nível III de CP**

Habitualmente correspondem a centros de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as

condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II acrescidas das seguintes características:

- Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em cuidados paliativos;
- Desenvolvem atividade regular de investigação diferenciada em cuidados paliativos;
- Possuem, experiência e diferenciações reconhecidas que lhes permitem responder a situação de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidade de referência;
- Integram no seu funcionamento próprio equipas que permitem oferecer maior variedade e continuidade de cuidados domiciliários.

Ainda segundo a ANCP (2006), o principal objetivo da palição é o controlo adequado dos sintomas que surgem com o avanço de uma doença incurável que esta evoluindo para a morte. Os sintomas que causam qualquer tipo de sofrimento influenciarão a qualidade de vida e o tipo de morte que a pessoa terá.

1.4 - Fases da morte e do morrer

Ao falar da morte não se pode deixar de falar da trajetória ou seja as fases que a pessoa passa até a morte propriamente dita. Neste contexto, a morte é semelhante em todas as pessoas humanas e muito diferente de pessoa para pessoa, ou seja as mesmas reagem de maneira diferentes ao desenrolar das fases, vendo que a sua caminhada esta chegando ao fim e que nada nem ninguém pode alterar nem adiar essa chegada.

Assim, Frias (2003, p.4) alega que a, “ morte era um acontecimento bem simples e ninguém tinha medo dela ”. Na realidade morte é uma certeza certa não dependendo de idade, sexo, raça ou classe social, esse medo muitas vezes não vem do fato de morrer ou não, mas sim do sofrimento que podem vir a vivenciar até o morrer.

A tanatologia ou ciência que estuda a morte e o morrer ajuda a uma melhor percepção desse fenómeno que por um lado a muitos proporciona alívio e outro dor e sofrimentos. Segundo Lara (2010, p.1), a tanatologia estuda as reações psíquicas relacionadas ao facto morte e tem como objeto de estudo a família, médicos e utentes em fase terminal continua

dizendo que, essa vertente de estudo analisa os seguintes fatores: negação, raiva, negociação e aceitação. Ou seja o percurso da morte ou fases por que passa o utente até a morte.

Baseando nisso, Kubler – Ross (2002, p.43), divide esse percurso em cinco fases e explicando cada uma. Sendo elas, a primeira negação, em seguida a raiva, a negociação, a depressão e por último a aceitação. Como já tinha referido antes os indivíduos não vivem-nas na mesma ordem, no mesmo ritmo nem passam necessariamente por todas elas.

Fase da negação – Nesta fase o utente reage com a frase não, eu não, não pode ser verdade;

O utente continua com o seu trabalho, com as suas tarefas do dia - a - dia tentando esquecer o facto de estar doente, criando uma certa defesa perante a realidade da doença. Isto é, podemos dizer que esta fase é caracterizada por uma recusa temporária da realidade que, no entanto, mais tarde será substituída por aceitação parcial. Esta atitude é um mecanismo de defesa perante notícias inesperadas e chocantes. A necessidade de negação é mais frequente no início da doença, mas é algo que vai e volta. Este sentimento é acompanhado de um desejo tendencial para isolar-se (Kubler-Ross, 2002, p.43-54).

Fase da raiva – “Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo. Porque eu?”

Nesta fase o contato com o doente torna-se difícil pois é complicado comunicar com ele devido a todos esses sentimentos. Nesta fase o doente começa a confrontar-se com a morte, reagindo com a morte, reagindo com a raiva e exprimindo a sua ira perante a sua má sorte. Esta fase é frequentemente difícil para os que o rodeiam, uma vez que o doente tem tendência a deslocar e projetar a sua raiva contra o médico que não diagnosticou a doença a tempo, contra os enfermeiros que não são suficientemente rápidos a responder aos seus pedidos e não se ocupam dele como deveriam e, finalmente contra Deus, que lhe impõe a sentença de morrer. (Kubler – Ross, 2002, p.55-86)

Fase de negociação – nesta fase o utente acaba por tentar negociar com Deus a sua vida;

O utente acredita que a possibilidade de fazer um acordo de modo a prolongar o desfecho inadiável. Negocia dizendo que vai comer melhor, ou fazer mais exercício, ou deixar de fazer certas coisas que gostava de realizar. Este comportamento pode estar associado a aspetos de culpa, relacionados com o aparecimento da doença. Aqui o doente já começa por aceitar gradualmente o facto de estar prestes a morrer, mas tenta conseguir um prolongamento do tempo de vida, uma diminuição da dor, melhores cuidados e é capaz de

negociar o seu bom comportamento com Deus, com os que o rodeiam e, inclusive, com a equipa médica (Kubler-Ross, 2002, p.87-90).

Fase de depressão - Nesta fase o utente começa a ter sentimento de perda, perda de tudo o que lhe diz respeito tal como perda do corpo, da família, do trabalho, dos objetivos de vida e das atividades de lazer.

É um momento bastante difícil para a família e profissionais pois as tentativas de trazer o doente de volta a sua vida habitual normalmente não têm sucesso. A revolta e o alheamento característicos das fases anteriores dão lugar a um sentimento de grande perda. O doente gradualmente toma consciência das consequências reais da sua doença e passa por um período depressivo (Kubler – Ross 2002, p.91-116).

Fase de aceitação - Essa fase é a última deste processo;

Nem todos os doentes chegam a atingir esta fase, mas aqueles que receberam apoio da família e dos profissionais durante todos os outros estágios tem mais facilidade em chegar ao final desta longa jornada em paz e desligarem-se de tudo o que os liga ao mundo, incluindo a família. Nesta fase final o doente deixa de se sentir deprimido, sem raiva, relativamente á morte iminente, porque teve a oportunidade de exprimir os seus sentimentos, medos e angústias (Kubler-Ross, 2002, p.117-161).

Com a abordagem destas fases por que passa esses utentes, é de muita relevância realçar que são acompanhadas de muita dor, culpa, ou seja sofrimento por ambas as partes seja ela, utente, família e profissionais e segundo esta ideia Neto (2004, p.24), destaca que as principais fontes de sofrimento por que passam, são os seguintes:

- Perda de autonomia e dependência de terceiros;
- Sintomas mal controlados;
- Alterações da imagem corporal;
- Perda de sentido da vida;
- Perda da dignidade;
- Perda de papéis sociais e estatutos;
- Perda de regalia económica;
- Alterações nas relações interpessoais;
- Modificações de expectativas e planos futuros;
- Abandono.

De entre esses sintomas as que mais interferem com o bem-estar do utente e a qualidade do seu tratamento são os sintomas mal controladas por isso é de grande importância a planificação e execução dos cuidados adequados a cada situação.

1.5 – Alguns direitos dos utentes em fase terminal

O UT é um ser humano e como todos os seres humanos tem direitos, onde os quais baseiam na minimização do sofrimento enquanto permanecer com vida.

Cuidar da pessoa em fim de vida não é tarefa fácil uma vez que a qualidade do cuidar é percecionada de forma diferente por cada pessoa, levando o cuidador a não objetivar a cura, mas sim o cuidar na sua mais ampla essência promovendo sobre tudo a dignidade humana.

Mas, não é possível promover a dignidade humana sem respeitar os seus direitos, neste sentido Frias (2003, p.61) enuncia os seguintes direitos em fim de vida:

- Direito a manter uma esperança, qualquer que seja esta;
- Direito de não morrer sozinho;
- De não ser enganado;
- Morrer em paz e com dignidade;
- Obter atenção dos médicos e enfermeiros, mesmo que o objetivo do tratamento seja substituído por objetivos de conforto;
- De expressar a minha maneira, os meus sofrimentos e as minhas emoções no que respeita a proximidade da minha morte e de aliviar a minha dor.

Ainda Nunes (2005, p.118) alegam que a pessoa em fim de vida tem:

“o direito a confidencialidade, de reforçar a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que, da informação, pode ser partilhado. E quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja o seu bem-estar, segurança física, emocional, social e os seus direitos. Parece clara a relação deste dever com o Artigo 86º, relativo ao respeito pela intimidade”.

E a implementação dos CP com qualidade segundo o PNCP (2008-2016) deve respeitar alguns dos principais direitos do utente em fase terminal que são, direito:

- A receber cuidados;

- A autonomia, identidade e dignidade;
- Ao apoio personalizado;
- Ao alívio do sofrimento;
- A ser informado;
- A recusar tratamento.

O papel dos enfermeiros no cumprimento desses direitos é crucial, visto que são eles que passam a maioria do tempo ao seu cuidar representando segurança, conforto e cuidados com qualidade, sendo que, para tal qualidade é importante que estes estejam explicitados e adequados a esses direitos a quão dos mesmos.

1.5.1 - Comunicação com o utente em fase terminal

A comunicação com o utente na fase terminal é de extrema importância para o desenlace do tratamento, facilitando assim a ação dos cuidadores e uma melhor reação do utente perante os sintomas e o tratamento.

Convém salientar com isso que, cada pessoa deve decidir de livre e espontânea vontade a maneira que deve ser tratada e até que ponto as informações sobre a sua real situação pode chegar até ele, e com quem pretende partilhar as tais informações se este possuir condições de tomar essa decisão.

Segundo Neto (1998, p.62) “o estabelecimento de uma comunicação aberta com o doente em situação terminal constitui habitualmente para os profissionais de saúde e para a família um problema de resolução difícil. O processo de morrer e morte evocam nos cuidadores reações psicológicas que conduzem diretamente ou indiretamente ao evitar da comunicação com o doente e a família”.

Ainda enfatiza Neto (1998) que a comunicação é uma arma terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, á confiança mútua, a informação que o doente precisa para ser ajudado e para se ajudar a si mesmo.

Assim sendo, uma boa comunicação permite uma aliança de confiança e coordenação entre o utente, a família e não menos as equipas multidisciplinar ou assistencial, reduzindo assim o *stress* resultante das atividades diárias.

Também Neto (1998, p.62-63) acrescenta que “o sucesso do processo de comunicação, que é uma atividade contínua – depende bastante do conhecimento que se tem do doente e da família ... podendo assim detetar as principais necessidades do paciente”.

E que os objetivos da comunicação são; informar, orientar, apoiar e esta assenta-se fundamentalmente em dois aspetos:

- Empatia: Refere-se a capacidade para entender o que o paciente sente, quais os seus problemas...;
- Personalização: A necessidade de captar os aspetos particulares de cada situação ...;

É importante se colocar a disposição do utente, mostrando-lhe interesse em ajudar, companheirismo e principalmente disponibilidade para esclarecer todo e qualquer dúvida ou preocupação que se esteja ao alcance. A honestidade deve sempre permanecer seja ela qual for o diagnóstico ou seja notícia a ser transmitida (boa ou má).

1.6 - Enfermagem e o cuidar

Sendo um tema que baseia muito no cuidar, e a enfermagem uma arte de cuidar, é importante a presença da enfermagem durante este período para promover o bem-estar e o conforto do utente em fase terminal, tornando-se importante abordar um pouco sobre esse facto em enfermagem, uma vez que para esses utentes que a cura já não é possível o cuidar é essencial aliviando o sofrimento.

Segundo Pacheco (2002, p.33) “em determinadas situações de doença em fase terminal, e quando o tratar já não tem lugar, é o cuidar que se torna fundamental. Por isso quando, ao tratar nunca se deve esquecer o cuidar e quando já não é possível tratar devemos cuidar até ao fim”.

Tendo em conta a visão holística que se deve ter perante o utente, Pacheco (2002) realça que o, cuidar é considerar a pessoa como um fim em si mesma, e não como um meio para fins científicos, técnicos ou institucionais, o que exige ser sensível aos sentimentos da outra pessoa, manifestar interesse por ela, respeita-la e demonstrar atenção, compreensão,

consideração e afeto. A presença de quem cuida não é apenas física e meramente profissional, mas sim a presença de uma pessoa humana, capaz de escutar, compreender e ajudar.

Torna-se no entanto pertinente realçar que para além de conhecimentos científicos válidos o enfermeiro deve ser dotado de princípios e valores humanos necessários à sua prática profissional pois, segundo Vieira (2009, p.115), o cuidado envolve um conjunto de valores, vontade, compromissos, conhecimentos e carinho, por outras palavras Boykin e Schoenhofer (2001) citado em Fernandes (2007, p.67), o cuidar envolve cinco “C”, traduzindo: compromisso, compaixão, competência, confidencialidade, consciência. Ainda Watson (2002, p.55) colabora com essa ideia, alegando que cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimento, ações carinhosas e suas consequências.

Nesse sentido convém realçar que, o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utiliza-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menos prezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessária a intervenção técnica. Há que ter a preocupação de nos mantermos atualizados no que diz respeito a conhecimentos técnico-científicos, sem subestimar a tarefa específica do enfermeiro que Wanda Horta evoca de forma densa e profunda na singela afirmação de que *“somos gente que cuida de gente”*. Deste modo devem ser sempre consideradas as duas categorias do Cuidar, a competência técnica e a sensibilidade afetiva que não podem, nem devem, existir separadamente (Pacheco, 2002, p.34).

O cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem consiste em tentativas transpessoais de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas (Watson, 2002, p.55).

Para Watson (2002), a essência dos cuidados de enfermagem baseia-se na interação entre o enfermeiro e o utente como fenómeno singular e único, deste modo, a prática de enfermagem é de natureza interpessoal, tendenciosamente cuidativa, valorizando a tão necessária relação entre ambos e surgem num campo muito vasto e específico, que vão ter em conta não só os sintomas da doença mas todo o contexto do adoecer em que é possível atuar.

As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo. A enfermagem é a arte de cuidar de doentes, com compromisso, sinceridade e conhecimento técnico-científico, necessária a todo ser humano em algum momento ao longo da sua vida (Motta, 2009).

Segundo Santos (2009, p.8), “desde sempre o cuidar esta ligado a prática de enfermagem com sendo a sua essência. O cuidar da pessoa em fim de vida constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde. O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mais esta próxima do doente e da sua família”.

Sendo que Moniz (2003, p.23) colaborando com essa ideia diz que,

“cuidar em enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa ou do enfermeiro com o grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interação leva á compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada”.

No entender de Frias (2003) cuidar é, também, confrontar e ter atitudes de encorajamento para com a pessoa, mesmo quando a cura já não é possível. Neste caso, é ajudar a pessoa a viver melhor até ao momento da sua morte.

Assim sendo Collière, (1999, p.12) acrescenta ainda que,

“cuidar é forma de ajudar o outro, visando ter o necessário para continuar a vida, em relação com a vida do grupo que esta inserido. Cuidar consiste em tentativas transpessoais de humanos para humanos para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar o significado da doença no sofrimento, na dor e na existência. Para ajudar o outro no controlo e no seu restabelecimento”.

Nesta ótica, devemos cuidar da pessoa em fim de vida como um todo respeitando-lhes como um ser humano que é. Assim o enfermeiro ao cuidar da pessoa em fim de vida deve ter em conta que a meta principal é proporcionar o conforto e o alívio dos sintomas, dando apoio emocional, amor e carinho para que ele enfrente a realidade do seu sofrimento.

Baseando nesta ideia pode-se dizer que o cuidar em enfermagem é um ato em que os enfermeiros tendem a englobar nos valores, morais e princípios dos utentes e família como forma de melhor atenderem as necessidades dos mesmos proporcionando um cuidar de qualidade.

1.6.1- Controlo de sintomas

A atuação de enfermagem a tempo e hora no controlo e monitorização dos sintomas são de extrema importância para os poucos momentos da vida do utente em fase terminal proporcionando-o tal conforto para a tão desejada morte digna de um ser humano.

Logo, é importante que o enfermeiro ou seja o cuidador tenha em avaliação e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que vão surgindo tendo repercussão direta sobre o utente que tanto o anseia.

Segundo Alves (2013), o controlo inadequado dos sintomas, ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença, por isso é necessário avaliar qual a causa, qual o mecanismo patológico subjacente, que terapêuticas já foram instituídas e também qual o impacto destas no sintoma e na qualidade de vida do utente.

Logo Neto (2004, p.18) alega que para garantir:

“um controlo de sintomas eficaz é fundamental o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas e, dentre as primeiras, ocupam lugar de destaque os opióides (derivados da morfina) os neurolépticos, os sedativos e os antieméticos. O controlo dos sintomas não deve ser somente a nível da dor mas também no que toque o apoio físico, espiritual e psicológico”.

Complementando ainda Neto (1998, p.14-15). diz que os princípios gerais do domínio dos sintomas são:

- ✓ **Avaliar antes de tratar** – determinando bem quais as causas do ou dos sintomas e qual o mecanismo fisiopatológico que esta na sua origem. Para além da causa, deveser avaliado o impacto emocional e físico do sintoma, a sua intensidade e os fatores que de algum modo o condicionam.
- ✓ **Explicar as causas dos sintomas** – e as medidas terapêuticas de forma acessível ao doente e família.
- ✓ **Não esperar que o doente se queixe** – perguntar e observar, antecipando-se tanto quanto possível o aparecimento dos sintomas previsíveis em certos contextos clínicos. O tratamento não deve ser atrasado sob pena de dificultar a resposta terapêutica e a adaptação do doente.

- ✓ **Adotar uma estratégia terapêutica mista** – com recursos a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Devem tanto quanto possível fixar-se prazos para o cumprimento dos objetivos terapêuticos e adotar uma estratégia de prevenção dos sintomas que possam vir a surgir.
- ✓ **Monitorizar os sintomas** – através da utilização de instrumentos de medidas estandardizadas (escalas de pontuação ou escalas analógicas e recorrendo a métodos de registos adequados entre outros...;
- ✓ **Cuidar dos detalhes** – para pesquisar o grau de controlo dos sintomas e minimizar os efeitos secundários adversos das medidas terapêuticas que se aplicam. Esta atenção traduzir-se-á em pormenores que não só diminuem a sensação de abandono por parte do paciente, como promovem a sua qualidade de vida.
- ✓ **Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas** – estabelecendo objetivos realistas com o doente e valorizando corretamente as respostas obtidas. Nesta fase inicial de instituição do tratamento poderão ser necessárias monitorizações mais frequentes para re-acertos das doses dos medicamentos.

Ainda Alves (2013, p.25) realça que “outro aspeto relevante e de extrema importância no controlo de sintomas é que qualquer decisão que seja tomada deve ser consequência de uma reflexão interdisciplinar sempre centrada no utente/ família”.

Baseando nisso é de extrema importância que na equipe discutam e assumem os objetivos terapêuticos, nomeadamente naqueles que tem maior impacto no utente, onde se pode referenciar que um dos sintomas que é mais vivenciado pelo utente é a dor.

Continuando Neto (1998, p.25), diz que “ a prevalência da dor aumenta a medida que a doença dissemina e este é seguramente um dos fatores que mais condiciona a qualidade de vida do doente e família” e ainda continua indicando os princípios gerais do tratamento da dor que são:

- Acreditar na queixa do doente;
- Estabelecer claramente a gravidade e as repercussões da dor na vida do doente (saber quais as atividades habituais que o doente deixou de poder realizar desde que tem dor não controlada);
- Fazer uma história e exame clínico detalhados de forma a estabelecer a causa e o tipo de dor oncológico (nociceptivo /neuropática);

- Pesar criteriosamente a realização de exames complementares, sobretudo os invasivos, já que, numa fase avançada, as decisões terapêuticas se deverão apoiar fundamentalmente em probabilidades diagnosticas;
- Manter o tratamento não invasivo durante o período mais longo que tecnicamente for permitido. Considerar o recurso a métodos alternativos de controlo da dor (relaxamento, aromaterapia, acupunctura);
- Respeitar as regras gerais de prescrição de analgésicos;
- Rever frequentemente o nível de controlo de dor e o regime terapêutico instituído (“rever, rever, rever”).

Quando um utente se encontra na fase final da sua vida o que realmente se torna importante, é a minimização do seu sofrimento, e isto em grande parte é definido por um bom controlo dos seus sintomas, uma vez que são estes que de uma forma ou de outra influenciam para a morte seja doloroso ou não ou seja considerada uma morte digna sem sofrimento.

1.6.2 - Intervenções de enfermagem ao utente em fase terminal e a Família

Nos Cuidados ao UT o enfermeiro deve garantir a qualidade dos cuidados e assegurar uma continuidade, bem como assumir a responsabilidade dos mesmos. Neste sentido as intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes como afirma Nunes (2005, p.146).

Com base nisso a que referir que a enfermagem tem uma função fundamental nos poucos tempos de vida de um utente em fase terminal, uma vez que é ele que está mais próximo do utente e família e é a pessoa mais indicada para os apoiar nessa fase tão difícil das suas vidas que é o término da sua estadia no mundo dos vivos.

Neste sentido, Magalhães (2009), afirma que todos os que estão envolvidos nos cuidados prestados às pessoas em fim de vida, com exceção das pessoas mais chegadas, os enfermeiros têm o contacto mais próximo e continuado com essas pessoas.

Os enfermeiros devem estar sempre prontos para atender, saber ouvir e ética profissional. Neste aspeto o enfermeiro tem a obrigação de guardar o segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de,

“considerar confidencialidade a toda informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer fonte que seja; Partilhar informações pertinentes só

com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critério orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo; Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, a investigação ou controlo da qualidade de cuidados” Nunes (2005, p.115).

Ao utente

Não se podia simplesmente deixar de falar nas intervenções de enfermagem no que toca ao utente e família, sendo começo por mencionar nos que toca aos utentes por ser a parte mais afetada pela situação, Frias (2003, p.115) diz que,

“proporcionar-lhes o conforto, ter o doente confortável. É imprescindível proporcionar o conforto a globalidade da pessoa, isto é a pessoa vive dentro de um corpo e não nos restringimos apenas ao corpo. Cuidar da pessoa humana exige cuidar como um todo, assim o enfermeiro empenha continuamente em estabelecer harmonia bem como no estado de espírito, alma e corpo”.

O enfermeiro ao cuidar da pessoa em fim de vida, deve assegurar os cuidados ligados a manutenção da sua vida ou seja é responsável pelo bem-estar dessa pessoa porque é ele que passa mais tempo com o doente.

Frias (2003, p.115) complementa que “a pessoa em fim de vida deve ser assegurada os cuidados ligados a manutenção em termos de higiene, alimentação e outros cuidados de primeira necessidade”.

Ainda enuncia Frias (2003, p.134), que o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa em fim de vida ou seja cuidar á morte da pessoa como cuidaria da sua vida, assegurar uma presença física efetiva, demonstrando na expressão dos seus comportamentos como vigilância á pessoa em fim de vida principalmente a noite e mantendo espírito de ajuda perante os familiares.

Outro aspeto importante que o enfermeiro deve ter em conta ao cuidar da pessoa em fim de vida é informar o mesmo sobre os devidos procedimentos a ser efetuado ao longo do seu acompanhamento e nesse cenário que Neto (2004, p.39) afirma que,

“devem fazer parte do arsenal terapêutico a oferecer aos doentes em fim de vida, de acordo com as necessidades identificadas. Deve ser introduzidas no plano de cuidados de cada doente e ser discutidas em equipa, de modo que os diferentes

profissionais e outras pessoas envolvidas no processo se articulem devidamente, numa prática que nunca deixe de colocar as necessidades globais do doente no seu centro”.

Sendo a família além dos enfermeiros os que mais de perto vivenciam a experiência do morrer com o utente ao longo da sua fase terminal passo por enunciar algumas intervenções de enfermagem ligadas a mesma, como forma de melhor cuidar do utente.

A família

As intervenções de enfermagem para dar apoio a família devem ter por base garantir-lhes apoio emocional e ajuda-los a cuidar melhor dos seus entes querido nessa fase, e para que isso aconteça e seja eficaz devemos estar a par das suas dificuldades, medos e necessidades, reconhecendo que a tranquilidade bem como a inquietude da família repercutem diretamente no bem-estar do doente.

Sendo assim passamos a indicar exemplos de intervenções autónomas de enfermagem de acordo com a CIPE® para dar apoio a família ajudando-os a viver essa etapa de uma forma plena e harmoniosa:

- Promover a comunicação entre a família e o utente;
- Promover a colaboração da família nos cuidados;
- Reforçar a capacidade de resolução de problemas na família;
- Estar presente para a família;
- Determinar dificuldades de comunicação entre família e doente;
- Reforçar o esforço e trabalho da família;
- Validar as emoções da família;
- Estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família;
- Facilitar a verbalização de sentimentos de impotência (prestador de cuidados, família);
- Negociar com a família a transmissão da verdade ao cliente;
- Explicar à família que o cliente tem o direito de saber a verdade;
- Escutar a família sobre o porquê da conspiração do silêncio;
- Orientar a conferência familiar;
- Ser o elo de ligação entre o doente, a família e a equipa;
- Instruir prestador de cuidados para a alta;

- Orientar para recursos de saúde na comunidade;
- Avaliar o *coping* familiar;
- Ensinar acerca de: ingestão e regime nutricional, prevenção de quedas, medidas de segurança, gestão da dor (medidas não farmacológicas), o processo da doença e de morrer;
- Demonstrar a administração de medicamentos, e técnicas de relaxamento;
- Avaliar a resposta psicossocial acerca dos ensinamentos efetuados;
- Apoio no luto.

A avaliação das necessidades da família passa pelo conhecimento das reações do doente, das suas expectativas, grau de informação de que dispõe, do grau de comunicação entre os membros da família e o doente, também a constituição do núcleo familiar, seu comportamento, o grau de disponibilidade do familiar para o cuidar bem como as suas dificuldades reais, os recursos materiais e afetivos disponíveis para que se possa enfrentar as dificuldades, quem é o cuidador principal e o tipo de relação deste com o doente, expectativas reais, da família e em especial do cuidador principal no que respeita a relação com a equipa de saúde, os seus padrões morais e experiências anteriores de situação de crise assim como a resolução de conflitos (Moreira, 2006, p.51).

E nesse sentido Aparício citado em Neto (2010, p.35), propõe as seguintes intervenções:

- Identificar o cuidador principal: pois será com quem maior relação e intervenção que vão estabelecer, este que será também o responsável pela transmissão de informação aos outros membros da família;
- Estimular a família a fazer questões e escuta-las;
- Dar informações claras, antecipar e prevenir crises e avaliar as expectativas;
- Incentivar a participação ativa no plano de cuidados, como também no autocuidado;
- Compreender as relações familiares;
- Monitorizar frequentemente o nível de *stress* do (os) cuidadores;
- Questionar sobre mortes anteriores na família;
- Validar os cuidadores de cuidados;
- Ajudar a estabelecer prioridades.

A aplicação dessas intervenções permitirá a família passar de um espectador impotente a um cuidador que pode sempre colaborar e ser útil aquela pessoa que lhe é tão querida, o que certamente contribuirá para que seja menos difícil ver morrer (Pacheco, 2002, p.139-140).

1.6.3 - Limitações e dificuldade dos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente em fase terminal

Sempre por mais anos de profissão e experiências vividas, os enfermeiros acabam por deparar com obstáculos, ou seja, dificuldades e limitações na prestação dos cuidados adequados ao estado de cada utente. Existe a necessidade de uma mudança de atitudes perante a morte, da própria organização de saúde hospitalar, bem como dos profissionais de saúde (Frias, 2003).

Segundo Simões (2014, p.146) “ a maioria dos estudos revelam que os enfermeiros não se sentem preparados para lidar com a morte, tendo dificuldades em aceita-la e encara-la com naturalidade...” normalmente reconhecem as suas falhas a nível de formação académica específica e referem que uma formação continuada, os auxiliariam a combater as dificuldades perante a implementação de cuidados no processo de morte e morrer. (Simões 2014)

Essa ótica nos remete a referenciar que as principais limitações/dificuldades que abarcam a classe de enfermagem, simplesmente apoiam a nível de infra estruturas e meios técnicos do sistema hospitalar, aumento de recursos humanos, e ainda a falta de preparação técnico- científico dos profissionais de saúde a quão do problema em estudo.

Também uma das dificuldades apresentadas pelos enfermeiros é que considera bastante complicada e difícil em lidar com pessoas em fim de vida numa questão de preparo psicológico emocional.

1.6.4 - Experiências/sentimentos e emoções por que vivem os enfermeiros

A experiência profissional passa pelo conhecimento obtido pela prática de uma atividade e ou de uma vivência, e os enfermeiros estando próximo do utente em fase terminal, vivencia várias experiências, sentimentos e emoções decorrentes da prestação de cuidados ao mesmo.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2001, p.8), “ quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual - fruto das diferentes condições ambientais em eu vivem e se desenvolvem ”.

Estudar a morte é algo que pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, surgindo daí a necessidade da profissional tornar-se familiarizada com a morte desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma a reduzir o *stress* e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com essas situações de sofrimento, proporcionando ao profissional a elaboração e esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido, para que seja capaz de manter uma relação interpessoal de ajuda, a qual é a essência do ato de cuidar, tanto com o paciente que necessita ser ajudado nesta fase de sua vida, quanto para com seus familiares.

Para uma melhor cuidar desses utentes em fase terminal o enfermeiro deve estar e sentir-se preparados afim de melhor interagir ou intervir junto do mesmo, sabendo separar os sentimentos que o acompanhara de uma forma ou de outra durante a convivência com o mesmo e sua família durante os últimos momentos de vida do utente.

Fernandes (2011, p.64) colabora com essa ideia afirmando, “como se pode constatar, a experiência de doença afeta o indivíduo de forma generalizada, fazendo emergir um conjunto de sentimentos vasto, que noutras circunstâncias não seriam pensados. O facto de serem profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros, pode ou não ter influência na forma como se vivencia esta experiência, no que concerne especificamente ao processo de avaliação de que se é alvo na condição de doentes”.

CAPITULO II- FASE METODOLOGICA DA PESQUISA

2. METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo pretende-se demonstrar a metodologia da investigação em estudo ou seja o trajeto que o estudo se tomou, e tenta determinar métodos que permitirá alcançar os objetivos pretendidos.

Na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita e análise de dados (Fortin, 1999).

Como referido anteriormente a realização desse trabalho dividiu-se em duas partes ou fases. Na primeira parte/fase delineou-se o projeto do trabalho de conclusão de curso onde se abordou de uma forma superficial alguns conceitos, se escolheu o tema, e a elaboração da justificativa. Fora também feita o levantamento da problemática da investigação que se encontra explicada na fase conceptual do trabalho.

Nesta fase também foi necessária a elaboração dos objetivos (geral e específicos), e hipóteses de estudo. A escolha do tipo de estudo e da abordagem pretendida, instrumento de recolha de informações e determinação da população alvo revelou-se também necessário.

Com isso ouve a necessidade de recorrer a revisão bibliográfica do tema permitindo assim identificar alguns conceitos fundamentais, tais como, utente terminal, cuidar em enfermagem e intervenções de enfermagem; ainda definir os objetivos gerais e específicos da pesquisa

Assim iniciou-se a realização de uma breve revisão da literatura acerca do tema, dos descritores e da problemática levantada. Essa revisão inicial da literatura teve por objetivo pesquisar as informações pretendidas para se poder avaliar em que estado os conhecimentos em relação ao tema em estudo.

E neste sentido Fortin (2009) afirma que “a revisão inicial da literatura consiste em inventariar, com a ajuda de técnicas de pesquisa documental, a informação respeitante à questão preliminar que foi enunciada, tendo em vista saber o que foi escrito sobre o tema e adapta-lo ao estado atual dos conhecimentos.”

Na segunda fase da investigação houve a necessidade de se concluir a fundamentação teórica iniciada no projeto de trabalho e assim realizar a elaboração do trabalho final em si.

A revisão foi feita baseada em livros dispostos na biblioteca da Universidade do Mindelo e do HBS, pesquisas em artigos, revistas e livros dispostos em bases de dados da *internet* (SCIELO entre outros).

2.1. Tipo de Estudo

A investigação científica possibilita aos investigadores obter respostas a certas questões e definições acerca de um dado problema ou problemática levando assim a melhoria ou mesmo resolução do mesmo. Assim, Fortin (2009) refere que a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, explicar, prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Para dar resposta aos objetivos propostos, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, descritivo, exploratório de abordagem fenomenológica, como recurso a entrevista baseada em um guião de entrevista com questões estruturadas.

Baseando no tipo de estudo que se pretende realizar e nos objetivos que se pretende alcançar acredita-se que se trata do desenho que mais se adequa a essa investigação, uma vez que o objetivo do mesmo não é quantificar mas sim qualificar ou seja analisar perceções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo. O presente estudo trata-se de um estudo descritivo, na medida em que se pretende analisar, identificar, e descrever os contributos da enfermagem ao utente em fase terminal no serviço de Medicina.

Na mesma ordem de ideia Fortin (2009), defende que, “ a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista á elaboração de teorias”.

Este estudo é de carater exploratória uma vez que o tema é um tema pouco explorado em trabalhos com fins académicos realizados em Cabo Verde.

Com o trabalho tentou-se conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do tema em estudo, as suas contribuições para melhoria da problemática e as suas experiencias vivenciada. Trata-se assim de uma abordagem fenomenológica, tendo em conta que a

análise é feita de com dados subjetivos, ou seja, são dados sobre os conhecimentos que os entrevistados possuem, sem no entanto provar se são dados sobre conhecimentos empíricos ou científicos.

Como demonstra Fortin (2009), “ a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objetivo o estudo de determinadas experiencias, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”.

2.2. Instrumento de Recolha de Dados

É indispensável escolher um instrumento de recolha de dados para um trabalho de investigação, qualquer que seja ela. Para a investigação, tendo em conta o desenho metodológico escolhido, optou-se como instrumento de recolha de dados a entrevista estruturada, por se demonstrar ser a mais pertinente para atingir os objetivos delineados.

Fortin (2009) define a entrevista como sendo:

“o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Este é um método particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação. A entrevista é utilizada sobretudo nos estudos exploratórios, mas é igualmente útil noutros tipos de investigação”.

Sendo a entrevista um instrumento de recolha de dados, constitui um elemento ou ferramenta importante no processo de investigação e nesta perspetiva Fortin (1999), explicita que “ a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos as questões de investigação formulada ”.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, no período um (1) a quinze (15) do mês de junho através da utilização de um guião de entrevista (Apêndice I). Antes da aplicação das entrevistas foi realizada um pré-teste do guião, que foi corrigido pelo orientador, e depois foi aplicado a quadro (4) enfermeiros de outro setor que também possui utentes na fase terminal como forma de avaliar se o mesmo estava coerente e perceptível de acordo com os objetivos pretendidos e assim valida-lo para a aplicação na população escolhida para o mesmo ou seja aos sete (7) enfermeiros do serviço de medicina. As entrevistas foram feitas em português e transcritas em português para o trabalho.

2.3. Caracterização do meio de pesquisa

Esta investigação foi realizada no HBS, mais concretamente na enfermaria de Medicina, um serviço que apresenta especialidades, sem nenhuma exceção. É composto por quadro (4) enfermarias constituídas por oito (8) leitos cada, um (1) quarto de isolamento composta por seis (6) leitos, perfazendo um total de trinta e oito (38) leitos, um (1) copa, cinco (5) casas de banho, (um (1) na sala do enfermeiro chefe, um no quarto de enfermeiros, dois (2) para os utentes, feminino e masculino, um (1) para o ajudante de serviços gerais), um (1) quarto de enfermeiros, uma (1) sala para o enfermeiro chefe, uma (1) sala do diretor do serviço, um (1) quarto dos ajudantes de serviços gerais, um (1) corredor, uma (1) porta na entrada e uma (1) nos fundos.

Este serviço apresenta um corpo de enfermeiros composto por quinze (15) enfermeiros, sendo um (1) enfermeiro-chefe, uma (1) enfermeira de turno normal que ajuda a enfermeira chefe na organização do serviço e treze (13) enfermeiros de turno distribuídos em quatro (4) equipas, uma (1) composta por quatro (4) enfermeiros e três (3) compostos por três (3) enfermeiros e ainda um auxiliar de enfermagem. E três (3) enfermeiras no voluntariado.

Ainda temos cinco (5) ajudantes de serviços gerais divididos pelos grupos de enfermeiros e uma secretária que desempenha a sua função no horário compreendido das 8 às 15 horas.

2.4. População Alvo

População e amostra requerem do investigador explicitar a população em que se pretende estudar e a amostra dentro dela requisitada.

Fortin (2009), defende que a “ população alvo refere-se á população que o investigador quer estudar o propósito da qual deseja fazer generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns ou permite delinear com precisão o tema de estudo e assim obter dados juntos da pessoa ou grupo homogéneo”.

Para esta investigação determinou-se como população alvo todos os enfermeiros (as), que trabalham no serviço de medicina do Hospital Batista de Sousa (HBS). Mas

mediante os critérios de inclusão e exclusão posteriormente explicitados a amostra que representará a população e estudo será constituída por sete (7) enfermeiros inseridos na enfermaria que se enquadram nos critérios impostos.

2.5 - Processo de amostragem

A amostra determinada é representativa da população, por possuir características semelhantes as da população alvo, tendo sido levado em conta o sexo a idade, anos de profissão nos serviços e a experiência ganha ao longo dos tempos e é uma amostra feita por conveniência baseadas nos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão são delineadas com o objetivo de determinar as características que se deseja encontrar. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes:

- Enfermeiros (as) que trabalham no serviço de medicina do HBS com mais de 10 anos de experiência na enfermaria;
- Ser enfermeiro(a) de turno;
- Os que aceitarem de livre e espontânea vontade participar do estudo.

Optou-se por esse perfil de entrevistado para se poder ter uma visão mais profundo do que se quer com o trabalho, e obter a melhor satisfação dos resultados.

Os critérios de exclusão são delineados com o objetivo de definir os indivíduos que não farão parte da investigação. Assim, os critérios de exclusão definidos para esta investigação foram:

- Enfermeiros (as) que não trabalham no serviço de medicina do HBS;
- Ser enfermeiro (a) chefe do serviço;

Assim sendo os enfermeiros que possuírem estas características automaticamente não participaram do estudo. Esta caracterização permite explorar a riqueza das informações obtidas e sustentadas pelas experiencias individuais de cada sujeito.

2.6 - Aspectos éticos e legais

Essa fase leva em conta as atitudes corretas que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para proteger ou salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes do estudo.

É de muita relevância e importância que se tenha em conta os direitos dos que englobam no estudo ou na investigação científica para uma melhor compreensão e colaboração de ambas as partes interessadas. Segundo Fortin (2009), “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.”

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do HBS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento elaborado pela pesquisadora (Anexo I), carimbado e assinado pela coordenação do curso da universidade.

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos de desistir a qualquer momento do estudo e o anonimato dos participantes, foi-lhes disponibilizados um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) com o objetivo de os convidar a participar da pesquisa, esclarecendo-lhes que a sua participação era totalmente voluntária, e que seriam respeitadas a fidelidade das palavras utilizadas pelos participantes, e que eram livre de desistir do mesmo a qualquer momento sem qualquer constrangimento ou consequência a sua pessoa.

No guião da entrevista elaborado, não se deixou espaço para se escrever o nome ou outra qualquer identificação que pudessem levar aos intervenientes, foi um instrumento apenas para o uso do entrevistador, e durante a aplicação do mesmo se usou letras ao invés de nomes.

Importante ainda referir que no consentimento havia uma nota introdutória onde se explicava os objetivos da sua aplicação e da investigação com o intuito de esclarecer os participantes e fazer com que a sua participação fosse consciente, voluntária e esclarecida.

Baseando nisso segundo Fortin (1999), a ética “no sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um valor na vida dos indivíduos em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

CAPITULO III- FASE EMPIRICA

3. ANALISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo dedicar-se-á ao tratamento e análise dos resultados obtidos e posteriormente a apresentação e discussão dos resultados do mesmo.

Com o término da recolha de informações sobre o tema em estudo torna-se pertinente organiza-las e trata-las por forma a convertê-las em dados. Neste sentido, e de realçar que as entrevistas foram feitas de forma individual e sigilosa, com o intuito de salvaguardar a confidencialidade dos dados recolhidos, logo, foi-lhes atribuído letras ao invés de nomes, sendo identificados como enfermeiro A, B, C, D, E, F, G.

Quadro 1: Dados sobre as amostras

Enfermeiro (a)	Género	Idade	Estado civil	Anos de profissão	Anos de serviço de apenas na Medicina
A	Masculino	52 Anos	Solteiro	21 Anos	14 Anos
B	Masculino	50 Anos	Solteiro	28 Anos	13 Anos
C	Masculino	52 Anos	Casado	22 Anos	15 Anos
D	Feminino	41 Anos	Solteira	15 Anos	10 Anos
E	Feminino	52 Anos	Casada	22 Anos	20 Anos
F	Feminino	38 Anos	Divorciada	15 Anos	13 Anos
G	Feminino	42 Anos	Solteira	21 Anos	21 Anos

Fonte: Elaboração própria

É de realçar que foram entrevistados sete (7) enfermeiros do serviço de Medicina do HBS, entre eles 3 (três) do sexo, masculino e quatro (4) do sexo feminino, com a faixa etária compreendida entre os trinta e oito (38) aos cinquenta e dois (52) anos.

Quanto aos anos de profissão variam entre quinze (15) aos vinte e oito (28) anos de trabalho, mas apenas no serviço de medicina variam entre os dez (10) aos vinte e um (21) anos de exercício.

3.1. Apresentação dos dados da entrevista

Para uma melhor interpretação e compreensão dos dados colhidos nas entrevistas feitas foi necessário agrupá-las em categorias e subcategorias, sendo que, cada uma dessas categorias será exibida ou demonstrada por um pequeno texto narrativo e com pequenos

extratos das entrevistas com o objetivo de validar a interpretação dos mesmos. Com isso estas foram divididas ou agrupadas em quatro (4) categorias e subcategorias, sendo elas:

Categorias	Subcategorias
I - Conceito de utente terminal e CP	
II - Capacitação dos profissionais e cuidados aplicados ao utente em fase terminal	Limitações/dificuldades sentidas
	Sentimentos na aplicação desses cuidados
III - As funções e a importância do enfermeiro nos últimos momentos de vida de um utente em fase terminal	O enfermeiro como um elemento importante/fundamental no cuidar
	Função que o enfermeiro desempenha a esses perfis de utentes
IV - Perfil do enfermeiro que cuida de um utente em fase terminal	

Fonte: Elaboração própria

Categoria 1: Conceito de utente terminal e CP

O objetivo dessa categoria é saber qual a percepção dos enfermeiros em relação aos conceitos mais importantes do estudo, que é utente terminal e os CP que são importantes nos últimos tempos de vida desses utentes.

No que toca a esses dois conceitos vê-se que todos tem uma real percepção dos seus verdadeiros conceitos, onde, quanto ao conceito de utente terminal a maioria responderam como sendo um utente com um diagnóstico sem possibilidades de cura, e que o que resta são apenas alívio do sofrimento até a morte, e assim podemos ver através das seguintes transcrições:

Enfermeiro B- “... é aquele que esta em um estado avançado da doença, incurável em que a sua patologia não responde aos tratamentos médicos”.

Quanto ao conceito de CP também a maioria demonstrou ter conhecimento sobre o seu verdadeiro conceito, onde responderam ser cuidados proporcionados ao utente em fase terminal com o propósito de minimizar o sofrimento e proporcionar a satisfação das necessidades básicas, uma morte digna e confortável.

Enfermeiro B- “ ... são cuidados prestados aos utentes em fim de vida com o intuito de minimizar o seu sofrimento”.

Com isto, observa-se que todos os enfermeiros tem uma noção dos dois conceitos, acabando-se por complementarem uns aos outros. Visto que é habitual sempre terem utentes em fase terminal na enfermaria, acabam por acarretar um certo conhecimento não só científico mas também da convivência ou experiência do dia-a-dia acerca do tema em estudo. De uma forma geral a que se referir que em relação aos dois conceitos foram unânimes nas respostas, o que torna o estudo bastante pertinente visto que mostra que os enfermeiros tem uma noção sobre estes conceitos.

Categoria 2: Capacitação dos profissionais e cuidados aplicados ao utente em fase terminal;

A importância dessa categoria é saber até que ponto os enfermeiros desse serviço, que prestam esses cuidados se encontram capacitados para prestar os cuidados necessários e que cuidados são implementados.

Perante as respostas obtidas constata-se que, nos sete (7) enfermeiros, um (1) (enfermeiro F) possui formação ou capacitação em cuidar de utentes em fase terminal uma vez que, já participou em congressos, formações e jornadas sobre a temática em estudo, de forma privado, nada oferecido pelo hospital.

Enfermeiro F- “ *tenho sim, já fiz várias formações em cuidados paliativos, participei em congressos, jornadas e formações ligadas a temática em estudo...* ”

Os restantes seis (6) enfermeiros responderam que nunca tiveram nenhuma formação ou capacitação nessa área, que se possuem algum conhecimento acerca do assunto, este é adquirido ao longo da formação e com as experiências vivenciadas nos anos de profissão.

Enfermeiro C - “ *nenhuma, tenho apenas um vasto conhecimento adquirido pela experiência ...* ”

Enfermeiro B - “ *nunca foi feita nenhuma formação específica acerca do tema ...* ”

Quanto a essa categoria posso dizer que em termos de capacitação os enfermeiros não se encontrem devidamente preparados em termos científicos, mas possuem alguns conhecimentos, adquiridos ao longo da prática clínica, que se traduzem no quadro 2.

Quadro 2: Os cuidados aplicados, baseados nas experiências vividas

Enfermeiro A	<i>“ Aliviar dores, apoio emocional, conforto”;</i>
Enfermeiro B	<i>“ Apoio psicológico, alívio da dor”;</i>
Enfermeiro C	<i>“ Aplicação da terapêutica necessária, alimentação, higiene... ”</i>
Enfermeiro D	<i>“ Cuidados gerais de acordo com as suas necessidades...”</i>
Enfermeiro E	<i>“ Cuidados gerais de enfermagem ”</i>
Enfermeiro F	<i>“ Cuidados adequados com suas necessidades ”</i>
Enfermeiro G	<i>“ Controlo de dor, mobilização no leito, higienização, oxigenoterapia entre outros...”</i>

Fonte: Elaboração própria

Consoante as respostas, podemos dizer que realmente nota-se de que os cuidados aplicados são básicos e aplicáveis a qualquer utente, esteja ela em fase terminal ou não e que a falta de capacitação específica na área, realmente tem um peso significativo, uma vez que esses utentes necessitam de cuidados específicos e adequados as suas reais situações não apenas cuidados gerais, ou seja, precisam ser vista de forma holística. Sendo assim com esta lacuna existente na capacitação desses profissionais nesse tema, levou-nos a dividir essa categoria em duas (2) subcategorias, que são: limitações/dificuldades sentidas e sentimentos na aplicação desses cuidados.

Essas subcategorias surgem com a intenção de perceber as limitações/dificuldades que os enfermeiros enfrentam na aplicação dos cuidados aos utentes em fase terminal neste serviço e os sentimentos que sentem ao aplicar esses cuidados.

Quadro 3 - Limitações / dificuldades encontradas

Enfermeiro A	<i>“ o entrevistado não quis responder a essa questão (porque segundo ele é uma questão de experiência vivida) ”</i>
Enfermeiro B	<i>“... Falta de meios humanos/ materiais e técnicos especializados para atender esses utentes”</i>
Enfermeiro C	<i>“ ...Devido as experiências vividas não encontro nenhuma dificuldade nem limitações, sempre adequo ao que sei ”</i>
Enfermeiro D	<i>“... Falta de tempo para uma atenção integral a esses utentes, recursos humanos</i>

	<i>limitados no serviço ”</i>
Enfermeiro E	<i>“ Falta de colaboração por parte dos utentes devido ao desânimo existente nos mesmos ”</i>
Enfermeiro F	<i>“ Falta de recursos materiais, falta de inserção dos cuidadores (familiares) nesses cuidados ”</i>
Enfermeiro G	<i>“ Recusa de tratamento por parte dos utentes (oxigenoterapia, alimentação ”</i>

Fonte: Elaboração própria

De entre os entrevistados os enfermeiros A e C foram unânimes, defendendo que as dificuldades e limitações foram escasseando e acabaram por aprender a se adaptar e adequar a cada situação com sendo única e que sempre a uma maneira de as superar, isto devido aos anos de experiência vividas e das convivências com os diversos utentes em fase terminal que já passaram por eles.

Já os restantes propuseram as suas dificuldades e limitações demonstrando que estas podem vir um dia a ser melhorados para uma aplicação de cuidados de qualidade a tempo e hora ao utente em fase terminal, a fim de oferecer-lhes uma morte digna e confortável, junto dos seus familiares e pessoas importantes nas suas vidas.

Quadro 4 - Quanto aos sentimentos sentidos na aplicação desses cuidados

Enfermeiro A	<i>“... refere que é doloroso, porque ao ver um ser humano a sofrer sem cura dá muita dor ”</i>
Enfermeiro B	<i>“ ... angustia, saber já não é possível ter meios que se pode utilizar para salvar o utente ”</i>
Enfermeiro C	<i>“ ... de cuidar, e ajuda-lo a ter uma morte digna sem muito sofrimento utilizando todos os meios necessários ”.</i>
Enfermeiro D	<i>“ ... satisfação, a possibilidade de proporcionar a um utente na fase terminal da sua vida uma morte serena, é gratificante ”.</i>
Enfermeiro E	<i>“ ... dever cumprido, uma vez que foi feito tudo o que foi possível para limitar o sofrimento da pessoa”.</i>

Fonte: Elaboração própria

Assim pode-se dizer que, com as respostas obtidas em termos dos sentimentos estes variam entre positivos (dever cumprido, satisfação, gratificação...) e negativos (dor, sofrimento, angustia...), o que se traduz para a humanização dos cuidados em enfermagem.

Também, a maioria referiram que sentem psicologicamente preparados para encarar a fase final de vida de um utente terminal, visto que, com os anos de experiência

profissional, foram acostumando a lidar frequentemente com utentes em fase terminal. Mas, já o enfermeiro B respondeu de maneira diferente alegando que, “ ... *dependo das circunstâncias, cada caso é um caso, quando acontece em utentes jovens ou familiares é mais difícil* ”.

Categoria 3 - As funções e a importância do enfermeiro nos últimos momentos de vida de um utente em fase terminal

Esta categoria foi delineada com o objetivo de entender/conhecer, qual a função do enfermeiro na vida de um utente em fase terminal, e com isto, foi possível verificar que os enfermeiros reconhecem a importância da qualidade do cuidado e das ações a serem desenvolvidas junto de utentes em fase terminal. O que pode ser visto no seguinte quadro:

Quadro 5 - Ações de enfermagem

Enfermeiro A	<i>“Proporcionar conforto, proporcionar visitas sempre que possível dos familiares e se for religioso permitir presença de um agente religioso se o desejar”.</i>
Enfermeiro B	<i>“ Proporcionar um ambiente tranquilo, respeito, apoio psicológico e emocional”.</i>
Enfermeiro C	<i>“ Fazer com que tenha uma morte digna sem muito sofrimento”</i>
Enfermeiro D	<i>“ Alívio da dor, apoio psicológico ao utente e família, promover a participação da família nos cuidados”.</i>
Enfermeiro E	<i>“ Dar conforto apoio físico e psicológico ”.</i>
Enfermeiro F	<i>“ Não colocar a pessoa em mais sofrimento do que já se encontra por ex.: colocação de uma sonda quando já é desnecessária”.</i>
Enfermeiro G	<i>“ Demonstrar respeito pelo utente e familiares e respeitar os seus direitos, tentar satisfazer os seus desejos ou necessidades ”.</i>

Fonte: Elaboração própria

Todos deram as suas opiniões e demonstraram que realmente a parte emocional do utente e familiares é de extrema importância, e que a família é uma ferramenta que deve incluir nos cuidados, pois a aplicação da terapêutica não é tudo na vida de um utente principalmente em fase terminal.

Mas, para melhor compreensão dessa categoria, delineou-se duas (2) subcategorias, o primeiro que é; o enfermeiro como um elemento importante/fundamental no cuidar, e a segunda função que o enfermeiro desempenha a esses perfis de utentes.

Perante a primeira subcategoria os enfermeiros foram todos unânimes, referindo que têm um papel muito importante no cuidar desses utentes, e os mesmos justificam que, é o enfermeiro quem passa mais tempo com os utentes acabando por ter a noção das suas necessidades, e por proporcionar uma morte digna aos mesmos. O que se traduz no respetivo texto a seguir:

Enfermeiro G - *“ o enfermeiro é essencial no cuidar do utente em fase terminal uma vez que é o profissional que esta mais próximo do utente e da família e que mais pode apoiar nessa fase difícil dos mesmos”*.

Já na segunda subcategoria as respostas que prevaleceram foram; **Enfermeiro A** - *“ tentar partilhar todas as informações necessárias e importantes aos companheiros de equipa para poderem estar todos a par de todas as situações”*.

Enfermeiro B - *“ apoio, conforto e respeito ao utente e familiares ”*.

Enfermeiro C - *“ ter espirito de iniciativa e cuidar desse utente até ao fim”*.

Enfermeiro D - respondeu dizendo que, *“ ... no nosso serviço não temos uma equipa multidisciplinar formada ou capacitada para prestar os devidos cuidados a esses utentes cada um faz o que pode ”*.

Enfermeiro F - *“ cada enfermeiro tem a função de prestar cuidados de qualidade a qualquer utente em qualquer fase da vida”*.

Esta questão serviu para demonstrar mais uma vez que a uma falta de preparação ou capacitação dos mesmos no que toca aos cuidados dirigidos aos utentes em fase terminal e que esses cuidados praticamente são implementados na maioria das vezes baseados nas suas experiências vivenciadas ao longo dos seus anos de profissão.

Categoria 4 - Perfil do enfermeiro que cuida de um utente em fase terminal

O enfermeiro, como sendo a pessoa que esta mais próximo do utente nessa fase tem, uma grande responsabilidade de confrontar com certas decisões importantes para o bem do utente e possuir certas características que facilitará na sua convivência e uma melhor implantação dos cuidados adequados ao utente apoiando os familiares do mesmo.

Ele sempre é, e será visto pelo utente e familiar como um ponto de conforto, e segurança para ambas as partes, e com isso deve ser dotado de algumas características importantes, características essas que defenderam os entrevistados com sendo:

Quadro 6 – Perfil do enfermeiro que cuida de um utente em fase terminal

Enfermeiro A	“ ter formação na área, ser humano, ter paciência, ser comunicativo”.
Enfermeiro B	“ ser afável e respeitador ”.
Enfermeiro C	“ prestar cuidados sem discriminação, ser calmo, sigiloso, e ter espirito comunicativo principalmente com familiares do mesmo ”.
Enfermeiro E	“ ser paciente, tolerante, amigo, confiável e respeitoso”.
Enfermeiro F	“ deve estar preparado psicologicamente para transmitir conforto e segurança não só para o utente, mas também para os cuidadores/família...”.

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as respostas posso dizer que realmente o enfermeiro deve estar minimamente preparado não em termos de formação académica, como também pessoalmente, com o seu carácter, perfil e primeiramente humano.

3.2 - Conclusão dos resultados

Com o término da análise das informações obtidas das entrevistas realizadas aos enfermeiros, pode-se referir que os objetivos do referido estudo foram atingidos. E partindo das informações apresentadas no enquadramento teórico, especialmente a definição de utente terminal e utente oncológico, os cuidados de enfermagem prestados ao utente e a família, alistado com toda a pesquisa de campo (entrevistas feitas), torna-se visível que é muito relevante os cuidados que os enfermeiros prestam aos utentes dentro do meio hospitalar, pois entre eles há apoio moral, segurança e proteção, o que ajuda numa melhor prestação de cuidados a esses utentes.

Também pode-se referir que, perante as respostas obtidas, todos estão na mesma linha de pensamento, demonstrando que não só o utente é importante mas a família também é, todavia para os cuidados ser de qualidade tem de ter em conta os seus princípios e os dos utentes e familiares.

Logo, é de extrema importância prevalecer com a confiança, fé e segurança depositada aos mesmos por parte dos utentes e famílias até ao fim. Ainda é de realçar que

realmente os enfermeiros não podem estar devidamente preparados na questão que diz respeito as capacitações acadêmicas mas, possuem a noção do que realmente necessitam para cuidar de um utente em fase terminal, mesmo que este tenha sido alcançado a base das experiências vivenciadas, mas, isto não é suficiente.

Portanto, realmente necessitam de uma capacitação nessa área, de meios materiais apropriados para tal cuidados, de agentes capacitados para uma melhor qualidade de cuidados, e podem até tentar ajudar de acordo com as suas experiências, mas não concordo com alguns dos entrevistados que responderam estar preparados. Complementando, posso dizer que falta a incentivação por parte dos familiares para cuidarem melhor dos seus entes enquanto ainda podem.

Sendo assim, o que faz necessário é a formação desses profissionais, nessa temática em estudo, para que possamos ter melhores cuidados direcionados ao utente/família, com o objetivo de melhorar o estado global dos mesmos.

Em análise do primeiro objetivo específico: Identificar a contribuição de enfermagem na prestação dos cuidados ao utente em fase terminal no serviço de medicina, é de realçar que, com as entrevistas aplicadas ficou claro que a enfermagem é um suporte fundamental na vida de um utente em fase terminal e família, e que estas contribuições geralmente baseiam em experiências vividas e não em dados científicos, um ponto fraco na exerceção da classe de enfermagem dentro desse serviço.

Evidenciando o segundo objetivo específico: Conhecer a percepção dos enfermeiros do serviço de medicina acerca do utente em fase terminal, esse objetivo ficou bem esclarecidos uma vez que todos os participantes da pesquisa demonstraram-se estar apar dos conceitos propostos sem nenhuma dificuldade, o que é bom porque demonstraram estar dentro do tema em estudo.

Realçando o terceiro objetivo específico: Identificar as práticas que os enfermeiros desenvolvem na prestação dos cuidados no serviço de medicina ao utente em fase terminal, este tema ficou sucinto uma vez que dentro dos sete (7) enfermeiros que participaram do estudo apenas um (1) tem capacitação na área, o que me leva a dizer que falta mas preparação em termos de formação e capacitação para uma melhor implementação das práticas/cuidados aplicados, visto que, esses cuidados têm vindo a ser implementados de maneira empírica baseada em experiências vividas.

Quanto ao último objetivo: Descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente em fase terminal no serviço de medicina, esses baseiam de acordo com as respostas obtidas na falta de recursos materiais, humanos e de capacitações dos profissionais de saúde nessa área, que tem um peso enorme no bom desempenho das suas obrigações como cuidadores, principalmente aos utentes em fase terminal.

Quanto aos objetivos posso assim dizer que estes foram alcançados, e que serviram para esclarecer um pouco mais sobre a temática em si, tirando assim o bom de cuidar de uma utente em fase terminal, os vastos episódios que foi presenciado durante o ensino clínico, demonstram que realmente cuidar de um utente em fase terminal não engloba somente a pessoa em si, mas com ela a sua família e pessoas significativas que não seja família.

Não é uma tarefa fácil, visto que, mexe muito com estrutura psíquica da classe de enfermagem mas, o bom disse tudo é que podemos sempre fazer alguma coisa para ajuda-los a ter uma morte digna, satisfazendo as suas necessidades nem que seja a mínima possível.

Ainda é importante realçar que a formação dos enfermeiros nessa área, é uma mais-valia para a continuidade dos cuidados aos utentes terminais, com mais qualidade dando méritos não só aos hospitais regionais, como também melhora o nível de saúde das populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente TCC revela-se alguns momentos de muita aprendizagem e tristezas, aumentando assim o meu leque de conhecimentos sobre a temática de investigação “Contributos de enfermagem ao utente em fase terminal no serviço de medicina”.

Foi uma experiência inesquecível, a convivência com os utentes e a equipe de saúde na enfermaria de medicina durante o tempo que decorreu a investigação, a realização desse estudo ampliou a minha visão acerca de cuidar principalmente de um utente em fase terminal e ajudou-me numa melhor perceção das reais contribuições da enfermagem na implementação dos cuidados a esses utentes e a família.

O diagnostico de uma doença sem possibilidades de cura na vida de uma pessoa, acarreta grandes sofrimentos, pois essa condição leva o homem a confrontar com um sentimento indesejável e assustador que a finitude da sua existência.

Durante essa investigação pude observar que normalmente ao ser diagnosticado uma doença sem possibilidades de cura normalmente a esperança média de vida muitas vezes não chega nem a um mês.

Com a realização do trabalho constatou-se que o termo terminal normalmente cria uma certa inquietação e sentimento de incapacitação ao pessoal de saúde, ao utente e a família, também a decepção e desequilíbrio dos seus diversos conceitos que deduzem sobre a vida e o morrer.

O sentimento de que não a mais nada a ser feito em termos de salvar a pessoa para que possa continuar com vida, remete aos cuidadores a única possibilidade de proporcionar-lhes uma morte digna, dando-lhes apoios em todos os sentidos e aplicando-lhes os cuidados necessários, satisfazendo as suas necessidades essenciais por mais mínimos que forem.

E nesse sentido para dar resposta as suas necessidades surgem os CP, pois estes cuidados não visam a cura mas sim o alívio do sofrimento e controlo dos sintomas associados a sua condição.

Quanto a classe de enfermagem posso dizer que esses cuidados fazem parte dos cuidados de enfermagem uma vez que a essência de enfermagem é cuidar em si, independentemente do objetivo do tratamento ser preventivo ou curativo, reabilitação ou

paliativa, e a boa prática de enfermagem é essencial em qualquer que seja ela a circunstância ou contexto de saúde.

Essa afirmação remete-nos para a função do enfermeiro em cuidados paliativos que compreende em avaliar as carências em cada uma destas áreas, onde vai projetar, executar e avaliar as intervenções próprias, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e possibilitar uma morte digna.

Como referido anteriormente ao longo do trabalho o enfermeiro é considerado pelo utente em fase terminal e suas famílias, alguém de confiança para expor seus sentimentos, pensamentos, emoções e faz dele o elo de ligação entre os demais elementos da equipa de profissionais de saúde que o acompanha.

Ao longo do desenvolvimento desse trabalho admito que realmente não é tarefa fácil cuidar de um utente em fase terminal e proporcionar cuidados adequados sem uma boa capacitação na área, e ainda dar apoio a família sem nenhum problema, visto que o enfermeiro tem um papel primordial em estabilizar o utente e a família.

Neste sentido o enfermeiro é o elemento que mais próximo está do utente, permite-lhe conhecer o utente como ser humano dotado de sentimentos, fraquezas e princípios morais ou seja em todas as vertentes, e isso remete-o a tratar o utente como um ser holístico.

De acordo com a satisfação obtida com as entrevistas posso assim dizer que o resultado do estudo foi positivo na medida que foram alcançados os objetivos proposto ao estudo, permitiu ampliar conhecimentos acerca da temática e da realidade que possuímos no nosso hospital e não só.

Ainda realço que a falta de recursos materiais e humanos é um dos pontos mais fracos que influenciam de uma forma direta na qualidade dos cuidados, e que o aumento de utentes internados no serviço de medicina a cada dia que passa, leva os enfermeiros a uma sobrecarga, delimitando assim o enfermeiro na prestação de cuidados aos utentes em fase terminal apelando assim, a um aumento da equipe de trabalho ou então a criação de uma equipa devidamente para cuidar desses utentes.

É difícil a realização de uma investigação sem deparar com obstáculos ou dificuldades, e posso destacar que na realização deste as principais dificuldades foram em relação a sobrecarga devido ao ensino clínico, a disposição de dados estatísticos que não foi

conseguido obter, uma vez que o hospital não possui dados específicos do tema em estudo limitando assim a justificativa da problemática.

Recomendações

Durante o ensino clínico pude ver que a participação dos familiares na fase final de vida dos utentes é um pouco escassa, devido aos horários de visitas, acabando por criar certos constrangimentos tanto ao utente, família e mesmo aos profissionais, sabe-se que o espaço não é apropriado para que os familiares possam acompanhar os seus entes queridos nessa fase, que é tão difícil e delicado, e em relação a isso a proposta que fica é de ser criado um espaço propriamente dedicado aos utentes nessa fase, onde os seus familiares possam estar com eles a tempo e hora necessárias sem exceções como forma de melhorar o apoio ao utente e família.

Sem esquecer das famílias, também penso que muitas vezes é difícil proporcionar um apoio e conforto suficientemente forte por parte dos profissionais de saúde, e isso requer também que talvez fosse importante capacita-los nem que seja o mínimo a quão das devidas formas de comunicação, como uma forma de minimizar os seus sentimentos de perda.

Também uma maior capacitação dos profissionais com formações e não só, ainda tentar conciliar algumas necessidades materiais com a finalidade de conhecimentos científicos adequados e atualizados acerca dos cuidados prestados ao utente em fase terminal.

Uma outra recomendação importante seria, criar uma base de dados ou uma ficha com dados dos utentes em fase terminal, de modo a termos informações pertinentes acerca do tema, visto que, com esta o hospital poderia ter uma melhor gestão a nível de prevalência das patologias mais frequentes que levam o utente a uma fase terminal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abiven, M. (2001), Para uma morte mais humana: Experiencia de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos, 2ª Edição. Loures: Lusociência.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), (2006), Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora Ltda. Disponível em http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/11_guia_ANCP.pdf pesquisado em 07-05-16 as 13:00.
3. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), (2006), Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade de Cuidados Paliativos. Disponível em, <http://www.apcp.com.pt/uploads/critriosdequalidade-2006-apcp.pdf>. Pesquisado em 27-06-2016 as 18:16 min.
4. Alves, Maria F. C. (2013), *Os Cuidados de Enfermagem de reabilitação na Mobilidade do Doente Paliativo não Oncológico: perspetiva do Enfermeiro de reabilitação*. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1194/1/Maria_Alves.pdf. pesquisado em 05-07-2016 as 19:18 min.
5. Alves, Fernandes. I. C, (2012), Cuidar o Doente Terminal em Serviço de Medicina Interna, Um Olhar Fenológico Sobre as Experiencias dos Enfermeiros. Disponível em https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=553416 pesquisado em 04-07-2016 às 16:58min.
6. Collière, M-F. (1999). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência.
7. Conselho Internacional de Enfermagem. (2002), Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP®) versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
8. Delgado, Miriam. S. Lima. (2013), Transição Epidemiológica/ Perfil de mortalidade da população de São Vicente, Cabo Verde, no ano de 2010. Disponível em http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4713/1/Tese_MiriamDelgado.pdf. Acedido em 06-07-2016 as 16:08 min.

9. Fernandes, I. M.R. (2007), Fatores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.
10. Fernandes, Isabel Maria Ribeiro, (2011), Os medos dos enfermeiros em situação de doença própria. Revista Enfermagem Ref. Vol. Ser III, N.3, PP.5765. ISSN 0874-0283.
11. Fortin, Marie Fabienne, (1999), O processo de investigação á investigação da conceção á realização. 1ª edição. Lusociência Técnica e Científica Lda.
12. Fortin, Marie Fabienne (2009), Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ª Edição. Lusociência Soc. Port. de Material didática Lda.
13. Frias, Cidália de Fátima Cabral, (2003), Aprendizagem do cuidar a morte: um Designo do enfermeiro em formação. 1ª Edição. Lusociência. Técnica e Científica Lda.
14. Gomes, Ana Margarida, (2010), Enfermagem Global. O cuidador e o doente em fim de vida-família e ou pessoa significativa. Revista eletrónica. Cuatrtriminal de enfermeira. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf, pesquisado em 26-06-2016 as 21:24 min.
15. Graça, A., (2014), Introdução à Investigação Científica. Guia para Investigar e Redigir. Compilação de Albertino Graça. Edição da Universidade do Mindelo.
16. Hennezel, Marie (1997). Arte de morrer. Edição 4ª.
17. Kubler-Ross, E., (2002), Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. (8ª Ed.; 3ª Tir.). São Paulo: Martins Fontes.
18. Lara, Aline AC., (Agosto 2010), Tanatologia a Ciência da Vida e da Morte. São Paulo- Brasil. Disponível em: <http://www.cemiteriosp.com.br/pdf/TANATOLOGIA.pdf>. pesquisado em 07-06-2016 às 16: 57.
19. Magalhães, J. C., (2009), Cuidar em fim de vida: Experiência durante a formação inicial de enfermeiros. Lisboa: Coisas de Ler.
20. Ministério de saúde /Direção Nacional de saúde, (2015), Manual de prevenção e seguimento de doenças oncológicas. Praia.
21. Moniz José Manuel Nunes (2003), A enfermagem e a pessoa idosa. 1ª Edição. Lusociência -Edição Técnica e Científica, Lda.

22. Moreira, I. M. P. B., (2006), O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau.
23. Motta, F. M. B. (Cord.), (2009), Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro: UNATI.
24. Neto, I. G., (1998), Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Alêtheia.
25. Neto, I. G., (Cord.), (2010). Cuidados paliativos: Testemunhos. Lisboa: Alêtheia
26. Neto, I. G., (2004), A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência. Lisboa: Pergaminho.
27. NUNES. Lucília (2005), Código Deontológico do Enfermeiro, Dos comentários á Análise de casos, Ordem dos Enfermeiros.1ª Edição
28. Ordem dos enfermeiros, (2001), Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem “Divulgar”. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros.
29. Pacheco, S. (2002 / 2004), Cuidar a Pessoa em fase terminal: perspetiva Ética. Loures. Lusociência.
30. Plano Nacional de Desenvolvimento sanitário- PNDS- 2012-2016, Volume 1 versão final. Praia disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-vol-i/file>. Pesquisado em 27-06-2016 às 15:11.
31. Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), (2010), Lisboa, direção geral de saúde. 4ª Edição.
32. Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), (2008/2016), Proposta de Revisão, (2009). Disponível em <http://www.google.cv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi7oO3txNnMAhXFzRQKHbezAUQQFggkMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-em-discussao-publica%2Fprevisao-do-programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx&usq=AFQjCNH5iberad968V7S1wVRUPlwM0qoJg> Pesquisado em 14-05-2016 às 11:19min.
33. REPÚBLICA CABO VERDE, Ministério da saúde. Relatório Estatístico 2010. Praia,2011.Disponível,em: www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman. Acedido a 27-06-2016 às 00:20mn.
34. Santos, Luciana Oliveira. (2009). O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. Disponível em;

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932003000200008&script=sci_artt_ext. Pesquisado em 27 -06-2016 às 16:35mn.

35. Semedo, D.S.R.C., (2010), Descrição e compreensão das vivências familiares de pessoas com doença oncológica e na identificação das dimensões do processo de resiliência, no contexto da realidade Cabo-verdiana. Dissertação de Mestrado em Medicina (Saúde Publica) apresentada á Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em, <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18420/1/Mestrado%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20%20Deisa%20Salyse%20Cabral%20%20Semedo.pdf>. Pesquisado em 27- 06-2016 às 16:06 min.
36. Soares, M.A:C. (2011). Experiencia dos enfermeiros que prestam cuidados paliativos de enfermagem, no domicílio de doente oncológico em fase terminal. Monografia apresentada a Universidade Fernando pessoa: faculdade de Ciências de Saúde. http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2862/3/T_24562.pdf. Acedido em 26-06-2016 as 21:30.
37. Simões, Verónica M. M., (2014), O Significado da Experiencia Vivida pelo Enfermeiro no Cuidado á Pessoa Adulta e a sua Família em Processo de Morte e Morrer: Uma Revisão Sistemática da Literatura, com Metassintese. Disponível em https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=546965 acedido em 06-07-2016 as 16:46 min.
38. Vieira, M., (2009), Ser enfermeiro: Da compaixão á proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica.
39. Watson, J., (2002), Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
40. World Health Organization, (2002), Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active.

Anexo

Anexo I - Autorização do hospital para a realização do estudo

A Comissão de Ética para perca
23/03/2016

S. e. para o devido efeito
22/03/16

Exma. Senhora Diretora
Hospital Baptista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos
Mindelo, 21 Março de 2016

Assunto: Pedido autorização para de Recolha informações de para Monografia Final de Curso

Deisilene Gonçalves Évora, n 2803 aluna do 4 ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de curso/monografia, vem por essa via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos enfermeiros que trabalham no serviço de Medicina sobre o tema “*Qualidade de vida do utente terminal no serviço de Medicina do HBS*”

O trabalho tem como objetivo geral “Conhecer as experiências dos enfermeiros que prestam cuidados aos utentes terminais no serviço de medicina”, e específicos:

- Conhecer qual a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina sobre qualidade de vida do utente terminal;
- Identificar as práticas que os enfermeiros desenvolvem na prestação de cuidados no serviço de medicina ao utente terminal;
- Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente terminal no serviço de medicina;

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa sendo que a recolha de informação será feita mediante a aplicação de uma entrevista devidamente validado para o efeito.

Assegura-se ainda que o trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Grata pela atenção disponibilizada.

Deisilene Gonçalves Évora
(a discente)

UNIVERSIDADE DO MINDELO
21/03/16

Contacto - dgevorag@uniml.com
Móvel - 596-70-01

Dr. M. Adelaide Delgado
Nutricionista
23/03/16

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 351 - 21/3/16
O Funcionário
Heanice

Apêndices

Apêndice I - Guião de entrevista

Identificação do entrevistado:

Sexo:___Masculino ___Feminino

Idade; ____ anos

Estado civil; ___solteiro (a) ___casado(a) ___Divorciado(a) ___viúvo

Anos de profissão;_____

Anos de trabalho no serviço de medicina;_____

1- O que entendes por utente terminal?

2- O que entendes por cuidados paliativos?

3- Tem alguma formação ou capacitação em cuidar de utentes em fase terminal? Qual formação?

4- Já prestou cuidados a utentes em fase terminal? Quais foram esses cuidados?

5- Quais foram as dificuldades e limitações encontradas na aplicação dos cuidados aos utentes em fase terminalis?

6- Sente-se psicologicamente preparado para encarar a fase final da vida de um utente? Se não porque?

7- No seu local de trabalho existe algum tipo de capacitação sobre o tema abordado?

Sim ☐ Não ☐ NS/NR ☐

Se sim qual _____

8- Um sentimento que para si descreve o que significa cuidar de um utente em fase terminal, e explicar porque?

9- Como enfermeiro o que é que podes fazer para dignificar a morte de utente em fase terminal?

10- Considere o enfermeiro um elemento importante/fundamental da equipa multiprofissional no cuidar e Gerenciamento dos cuidados a pessoa em fim de vida? Se sim porque?

11- Na sua equipe quais as funções que os enfermeiros desempenham a esses perfis de utentes?

12- Para ti que características o enfermeiro deve possuir para prestar cuidados a um utente em fase terminal?

Apêndice II- Consentimento Livre e Esclarecido Apresentado aos Participantes;

Eu, Deisilene Gonçalves Évora estudante nº2803 do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, estou a desenvolver trabalho de conclusão do curso de licenciatura em enfermagem cujo tema é “ contributos de enfermagem na prestação ao utente terminal no serviço de Medicina.”

Sendo assim estou a solicitar a sua participação como enfermeiro de turno do serviço de Medicina para a realização do referido trabalho de conclusão de curso, através de uma entrevista de modo a “Identificar a contribuição de enfermagem na prestação dos cuidados ao utente terminal no serviço de medicina.”

Será garantido o anonimato e sigilo de qualquer outro dado que o (a) identifique, e ainda você terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos, e os dados colhidos serão utilizados apenas para fins académicos.

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicito-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Autorizo a gravação de Áudio ☐

2. Não autorizo a gravação de Áudio ☐

Assinatura do (a) participante

Deisilene Gonçalves Évora

Mindelo, Junho de 2016